

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias Tecnológicas Sociales y

Humanidades

Escuela Profesional de Psicología



**RESILIENCIA Y SATISFACCIÓN VITAL EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL
HOSPITAL CASE ESSALUD DE LA RED ASISTENCIAL DE AREQUIPA**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Molina Lazo, Yoamelyn Marylia

Montoya Velarde, Ximena Raquel

Para optar el Título Profesional de

Licenciada en Psicología.

Asesor:

Mg. Roger Freddy Puma Huacac

AREQUIPA-PERÚ

2017



Universidad Católica de Santa María

Tel: (51-54) 382826 Fax: (51-54) 251213 E-mail: ucsm@ucsm.edu.pe Web: <http://www.ucsm.edu.pe> Aprobado: 1950

FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

INFORME DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

VISTO

EL BORRADOR DE TESIS TITULADO:

"RESILIENCIA Y SATISFACCIÓN VITAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL CASE ESSALUD DE LA RED ASISTENCIAL DE AREQUIPA"

Para optar su título profesional de Licenciada(s) en Psicología.

PRESENTADO POR la BACHILLER

XIMENA RAQUEL MONTOYA VELARDE
YOAMIELYN MARYLIA MOLINA LAZO



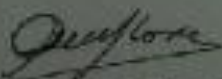
Nuestro Dictamen es:

Favorable

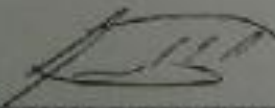
*Pasa a la sustentación
de su Trabajo de Tesis*

Observaciones:

Arequipa, 01 de Diciembre del 2017



Dra. GLADYS WILMA RIVERA FLORES



Master ROGER PUMA HUACAC

AGRADECIMIENTO

Este trabajo de tesis es realmente una bendición en todo sentido y te lo agradezco DIOS y no cesan mis ganas de decir que es gracias ti que esta meta está cumplida.

Gracias de corazón a mis asesores por su paciencia, motivación, criterio y aliento. Han hecho fácil lo difícil. Ha sido un privilegio poder contar con su guía y ayuda.

Agradezco a la Universidad CATOLICA DE SANTA MARIA por haberme abierto las puertas de su seno y aceptar ser parte de ella para poder estudiar mi carrera.

Yoamelyn Marylia.

En primer lugar quiero agradecer a Dios por siempre guiarme en todo el camino durante mi vida y durante mi formación, también agradecer a nuestros asesores quienes estuvieron desde el primer momento ayudándonos, y nos dieron la motivación para continuar y lograr nuestro objetivo,

Agradezco a mi Universidad por haberme formado durante todos los años de mi carrera y por haberme hecho la profesional que soy.

Ximena Raquel.

DEDICATORIA

Esta Tesis se la dedico a mi Dios quien me guio por el buen camino, supo darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encararlos sin perder nunca la dignidad.

A mis padres ZOILA YOLINDA LAZO CORRALES, OSCAR FERNAN MOLINA ROMERO, por ellos soy lo que soy por su apoyo, amor, comprensión, consejos, ayuda en los momentos difíciles y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño y perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos
A mi familia y a la persona especial en mi vida que de alguna manera contribuyeron con la realización de mis logros.

Yoamelyn Marylia

Esta tesis se la dedico a Dios quien me guio en todo mi camino, supo darme las fuerzas para poder seguir adelante y no determe.

A mis padres Renzo Montoya Arce y María Eugenia Velarde Herrera por siempre estar ahí en todo momento, apoyarme, guiarme en todo el camino, por nunca dejar de apoyarme y siempre estar ahí para poder hacer realidad todas mis metas y mis sueños, también agradecer a mi hermana que con su ejemplo me inspira a siempre seguir adelante y a que uno siempre puede conseguir lo que se propone, también agradecer a mi persona especial que siempre estuvo conmigo en todo momento y que siempre pude contar con su apoyo.

Ximena Raquel

ÍNDICE

Resumen

Abstract

CAPÍTULO I: Planteamiento Teórico

Introducción.....	1
Problema o interrogantes	2
Variables.....	2
Objetivo General.....	3
Objetivos Específicos.....	3
Antecedentes teóricos – investigativos.....	3
Hipótesis.....	32

CAPÍTULO II: Diseño Metodológico

Tipo y Diseño de Investigación	34
Técnicas e Instrumentos.....	34
Población y Muestra	37
Estrategia de recolección de datos.....	39
Criterios para el procesamiento de la información	39

CAPÍTULO III: Resultados

Análisis de los resultados	41
Discusión.....	50
Conclusiones.....	54
Sugerencias.....	55
Referencias Bibliográficas.....	56

ANEXOS.....	60
-------------	----

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva correlacional de corte transversal en pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica del servicio de nefrología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud Arequipa, con la finalidad de determinar el nivel de relación entre Resiliencia y Satisfacción vital, los instrumentos utilizados fueron el cuestionario sociodemográfico, Escala de Satisfacción de Dinner y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young.

Para el procesamiento de los datos se utilizaron medidas estadísticas como el coeficiente de correlación de Pearson, paquetes estadísticos como el Excel y SPSS. Los resultados de esta investigación nos llevaron a determinar la correlación significativa de ambas variables donde se encontró que la baja resiliencia se relaciona con la insatisfacción a la vida en pacientes que asisten a su tratamiento clínico.

Palabras claves: Resiliencia, satisfacción con la vida, insuficiencia renal crónica.



ABSTRACT

A cross-sectional, correlational descriptive study was carried out in patients diagnosed with chronic renal failure submitted to the nephrology service of the Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud National Hospital in Arequipa, in order to determine the level of relationship between Resilience and vital satisfaction. was used the sociodemographic questionnaire and the evaluation instruments: Dinner Satisfaction Scale and the Wagnild and Young Resilience Scale.

Statistical measures such as the Pearson correlation coefficient, statistical packages such as Excel and SPSS were used for data processing.

The results of this investigation led us to determine the significant correlation of both variables where it was found that low resilience is related to life dissatisfaction in patients attending their clinical treatment.

Key words: Resilience, satisfaction with life, chronic renal failure.





Capítulo I: Planteamiento Teórico

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) se la considera como un problema de salud pública a nivel Mundial y debido a la incidencia, prevalencia, limitaciones por la discapacidad que produce, por la disponibilidad en la atención a estos pacientes como son los recursos materiales y humanos en el abordaje y tratamiento de estas enfermedades que se torna complicada en su fase terminal requiriendo de un tratamientos más complejo como las terapias de sustitución o reemplazo renal dentro de las que tenemos a la hemodiálisis crónica, diálisis peritoneal crónica y el trasplante renal.

El componente subjetivo de esta enfermedad se manifiesta por la presencia de estados emocionales como son la depresión, ansiedad, actitudes como la desesperanza frente a la enfermedad, incertidumbre al futuro, frustración respecto a su salud conllevando a un malestar psicológico. Esta enfermedad se presenta por varios factores desencadenantes y etiológicos como el incremento del envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. En la actualidad se vienen prestando bastante atención a este estado de salud por su rápido incremento de su prevalencia, los elevados costos que ocasionan su tratamiento y su rol en el mayor riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular. Por esta situación que esta enfermedad es considerada como un Problema de Salud Pública en nuestro medio y en el mundo en general y por su tendencia en el incremento del número de pacientes y los elevados costos del tratamiento que esta genera.

En la actualidad, la enfermedad crónica y en especial la insuficiencia renal crónica (IRCT) es considerada como una fuente generadora de estrés, ya que implican un proceso de deterioro continuo y constante durante varios años, afectando la calidad de vida de la persona y originando nuevas exigencias que deben ser afrontadas. Por ello, la incidencia de esta enfermedad crónica no sólo es percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal: autoimagen, auto concepto, integridad corporal, funciones cognitivas, independencia, autonomía y equilibrio emocional (Cassaretto y Paredes, 2006).

Cabildo (2014), nos refiere que para el grupo de personas con insuficiencia renal terminal que están en tratamiento sustitutivo, en específico la diálisis y hemodiálisis, estos cuidados no son la regla cuando por el contrario, deberían serlo, puesto que al igual que los pacientes oncológicos y otras enfermedades terminales, presentan síntomas como dolor,

deterioro físico y el impacto psicológico es considerable llevando a problemas emocionales e inquietud espiritual. Se sabe que este tipo de pacientes son vulnerables a padecer depresión y por lo tanto es probable que el riesgo suicida pudiera incrementarse. De ser así, un enfoque paliativo podría ayudar a disminuir la frecuencia de dicho trastorno y por ende el riesgo suicida.

Es de extrema importancia proporcionar a los pacientes un adecuado asesoramiento sobre la relevancia de su situación y la discapacidad al inicio del tratamiento, especialmente si son candidatos a trasplante así como el brindar consejerías respecto a sus sistemas de soporte emocional identificar sus estrategias en afrontar la enfermedad, por estas situaciones presentadas y tener un mejor abordaje de esta enfermedad es que se torna importante el poder determinar la relación existente entre los factores que ayudarían a un mejor afrontamiento a la enfermedad como son los factores resilientes así como también el de conocer la expectativa relacionadas a la esperanza de vida, aspectos del área subjetiva de estos pacientes que nos podrán determinar un mejor abordaje a este problema de salud.

Problema

¿Cuál es la relación entre resiliencia y satisfacción vital en pacientes con una insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento en el Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Carlos Alberto Según Escobedo CASE de EsSalud pertenecientes a la Red Asistencial de Arequipa?

Variables

Variable 1: Resiliencia

Habilidad que poseen ciertas personas para sobrevivir a situaciones adversas: marginalidad, abandono; explotación, peligro, violencia, desamparo social, pobreza crítica y otras experiencias negativas con secuela traumática (Alarcón R. 2009)

Variable 2: Satisfacción Vital

Se define como una valoración positiva que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de ésta (familia, estudios, trabajo, salud, amigos, tiempo libre) (Diener et al., 1994. Citado por Moyano, 2007)

Objetivo General

Determinar la relación entre los niveles de resiliencia y la satisfacción vital en pacientes diagnosticados con una insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento en el servicio de nefrología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo CASE de EsSalud Arequipa.

Objetivos específicos

- Identificar los niveles de resiliencia en pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento en el Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo CASE de EsSalud de Arequipa
- Reconocer los niveles de satisfacción vital en pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento en el Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo CASE de EsSalud de Arequipa
- Establecer los niveles de resiliencia y satisfacción vital según género en pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento en el Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo CASE de EsSalud de Arequipa
- Determinar los niveles de resiliencia y satisfacción vital según estado civil en pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento en el Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo CASE de EsSalud de Arequipa
- Corroborar los niveles de resiliencia y satisfacción vital según grado de instrucción en pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento en el Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo CASE de EsSalud de Arequipa

Antecedentes Teóricos – Investigativos

Insuficiencia Renal Crónica

Dentro del grupo de enfermedades crónicas, consideramos que la enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública que está asociada a alta mortalidad cardiovascular (CV) y a altos gastos en los sistemas de salud. (Herrera, Pacheco, Taype, 2016), esto referido a los altos costos económicos que ocasionan y la afectación a una gran mayoría de personas.

Esta situación, está confirmada por los principales resultados de la revisión bibliográfica de estos autores, nos muestran que la enfermedad renal crónica es una patología frecuente en el Perú, con serios problemas de diagnóstico precoz y manejo oportuno en las primeras etapas de la enfermedad. Asimismo, hay problemas de cobertura en la atención de la hemodiálisis a nivel nacional y alta mortalidad en hemodiálisis, siendo la primera causa de ella de origen cardiovascular. (Herrera *et.al.*, 2106).

Estado Actual de la Enfermedad Renal Crónica

En nuestro contexto, este problema que afecta a la salud no se encuentra exento de este grave problema. No hay estudios de prevalencia nacionales que hayan determinado con alguna precisión las tasas de prevalencia de la enfermedad renal crónica en sus diferentes estadios, sobre todo del estadio 5, siendo esta la población más vulnerable que demanda mayores servicios de atención sanitaria (Ministerio de Salud, 2014).

Según datos estadísticos del Ministerio de Salud, las estimaciones de población para el año 2013 (INEI 2013), tomando en cuenta la población cubierta por el Seguro Integral de Salud (SIS) del MINSA y extrapolando los resultados del NAHNES para el Perú, se estima que existirían 9490 pacientes con ERC en estadio 5 y sólo aproximadamente 1500 pacientes en estadio 5 o fase terminal estarían recibiendo alguna Terapia de Reemplazo Renal (TRR) siendo la brecha estimada de 7990 pacientes que no tienen acceso a cualquier modalidad de terapia dialítica (Ministerio de Salud, 2014).

Etiología

Se define la enfermedad renal como las anormalidades estructurales del riñón que afecta su función normal y por consiguiente la salud de un individuo dando como consecuencia una variada presentación clínica, en parte relacionada a su causa y su tasa de progresión. Este concepto es muy importante ya que el reconocimiento de la ERC tiene un gran impacto en la salud del individuo y en el tipo de cuidado que se va a prever. Los síntomas de la ERC son generalmente debidos al deterioro de la función renal y cuando son severos pueden ser tratados sólo por diálisis y trasplante. Se considera, que a etapas más tempranas de la enfermedad son a menudo asintomáticas y son detectadas por evaluación de algunas condiciones comórbidas y que en esta etapa pueden ser reversibles. Cuando la Enfermedad es rápidamente progresiva pueden conducir al fracaso renal en

meses, pero generalmente la mayor parte de enfermedades evolucionan a lo largo de décadas y algunos pacientes no progresan durante muchos años de seguimiento (Ministerio de Salud, 2014).

Factores de riesgo

Se considera la hipertensión arterial como una de las causas que más inciden en la aparición de insuficiencia renal, siendo la nefropatía hipertensiva (complicación renal de la hipertensión) la segunda en el mundo (Torres, Bandera, Amaro, 2017).

La otra enfermedad crónica la vemos en la diabetes *mellitus* que se constituye como un factor predisponente de deterioro renal y que puede presentar durante su evolución algún grado de neuropatía; por ello es la primera causa de inclusión de enfermos en planes de diálisis y trasplante, a escala mundial. En la hiperfiltración y primeras fases de la nefropatía, la hiperglucemia por un mecanismo insulínoddependiente, actúa sobre el túbulo proximal renal y produce incremento en la reabsorción de sodio. Además nos muestran que esta sobrecarga salina incrementa la presión arterial y puede revertir o mejorar este efecto con la restricción de la mencionada sal. Esto nos hacen ver que la prevención y la corrección de los factores de riesgo, entre los cuales se encuentra la diabetes *mellitus*, ha demostrado tener una disminución en la progresión de la ERC y el riesgo cardiovascular de la población en sentido general (Torres et al., 2017).

Otro factor de riesgo lo tenemos frente al hábito de fumar, que representa uno de los factores directos involucrados en la progresión de la enfermedad renal. También se conoce que es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, siendo las complicaciones de este tipo la principal causa de muerte en los pacientes con la citada afección. En tal sentido, desde hace algunos años se obtienen datos sobre la asociación entre el hábito de fumar y el deterioro de la función renal en la población (Torres et.al., 2017).

Como lo manifestado por estos autores, se concluyó que el sexo, los antecedentes patológicos familiares, la hipertensión arterial, la diabetes *mellitus* y el tabaquismo son factores de riesgo que se asocian a la aparición de la enfermedad renal crónica. (Torres et.al., 2017).

Enfermedad renal crónica: respuesta del paciente

Con el mejoramiento de la tecnología, la calidad en la atención y la reducción del tiempo de diálisis, han convertido la enfermedad renal en fase final, en algo mucho más tolerable, además de posibilitar la supervivencia prolongada, sin embargo, la enfermedad renal crónica sigue causando sobre el paciente una tensión incomparable, con las subsiguientes reacciones emocionales. Los médicos que realizan sus primeras prácticas deben estar advertidos ya que cada vez aumenta la posibilidad de que uno de sus pacientes haya de ser sometido a estos tratamientos (Krueger, 1988).

El curso y tratamiento de la enfermedad renal crónica, en la mayoría de casos se inician con los tratamientos que implican el tener que someterse a diálisis, como lo manifiesta Krueger, el paciente que ha de ser tratado con hemodiálisis sufre grandes alteraciones en su vida, han de crear una fistula arteria venosa en uno de sus miembros, por lo general en el antebrazo, utilizando una cánula de plástico externalizada o bien una derivación interna que pueda llegar con una aguja larga, el enfermo aprende que esta es una vía por la que limpia su sangre y por tanto que es necesario proteger este lugar contra daños externos o infección. Seguidamente, la fistula se convierte en un símbolo contante de esta forma de vida alterada. Incluso si el paciente se siente bien cómodo es necesario eliminar las actividades rigurosas, o habrá de realizarlas con sumo cuidado. Además nos refiere que: el enfermo pasa a depender de la diálisis, no importa, que acontecimiento pueda estar viviendo; dos o tres veces por semana tendrá que acudir a un centro de diálisis o quedar enganchado a una máquina a su propia casa para ser dializado. (Krueger, 1988).

Aun después de que el paciente se acomode a la magia científica de la máquina, como lo refiere este autor, pueda tener una relación ambivalente con un aparato con el que no cabe comunicarse, pero que le salva la vida, con frecuencia suele comentar que parece como si la máquina tuviera mente propia, emite ruidos, tiene luces parpadeantes y parece que otros días funciona mejor que otros. En muchos sentidos, la diálisis recrea una situación análoga a la dependencia del niño hacia su madre, ya que el enfermo se ve forzado de nuevo, a confiar en un sistema externo que apoye su vida, algo semejante a la placenta como limpiando su sangre. A un tiempo priva a un paciente de su independencia, pero protege su existencia (Krueger, 1988).

Pérdida de la condición social

Referida a parte social, muchos de los pacientes pierden esta capacidad, la de mantener vínculos sociales como los de esparcimiento y participación, Krueger nos refiere que muchos pacientes quedan incapacitados para reanudar sus ocupaciones o continuarlas, además de la interferencia laboral nos manifiesta que: quien gana el pan de los suyos tal vez no pueda subvenir a dichas necesidades y se vea precisado a subsistir gracias a la asistencia pública (Krueger, 1988).

Restricciones dietéticas

Dentro de las otras consecuencias, este autor ve a estas enfermedades como un ataque a la independencia alimenticia y a la obligatoria restricción de la gratificación oral. El placer básico de comer queda atenuado a gran medida. Como solo es una experiencia emocional positiva. Desde experimentar un sentimiento de la vida de la ansiedad y del dolor al ser bien alimentado por una madre amorosa, hasta la celebración de festividades religiosas, acompañada de la ingestión socializada de alimentos y licores, comer está fuertemente relacionado con sensaciones de placer y seguridad. Frecuentemente cuando nos sentimos angustiados o dolidos recurrimos a los alimentos y quizás relacionamos el exceso de atención a la comida como uno de los placeres que lleva implícito el papel de enfermo. ¡Recuerde la sopa de fideos de pollo que le preparo su madre cuando estuvo en casa con aquel resfriado! Comemos como recompensa por ser maduros, por haber hecho un buen trabajo o haber renunciado a otra gratificación (Krueger, 1988).

También nos manifiesta que el paciente de diálisis que sufre estrés, que intenta ser maduro y que se le exige abandone demasiadas cosas, se le niega la comodidad de comer lo que desee porque hay que restringirle la ingestión de determinados alimentos líquidos. No se precisa demasiada imaginación para hacerse una idea de los efectos que podría producirse cuando una persona trata de controlar sus necesidades maduras o neuróticas de forma normal. Apartarles de su dieta es uno de los problemas más importantes en el cuidado de los enfermos sometidos a diálisis (Krueger, 1988).

Amenaza a la sexualidad

Esta área importante para la estabilidad emocional, se muestra como un soporte básico a la calidad de vida (Sea la seguridad obtenida por la seguridad que desempeña uno, o por el placer de la actividad sexual). Krueger nos refiere que el paciente dializado comprueba que se lo han quitado. La diálisis hace que el enfermo se sienta mejor, no bien.

Y una persona enferma crónica no se siente muy erótica. En el varón la combinación de los factores psicológicos y fisiológicos pueden producir impotencia, lo que se suma los sentimientos de inadecuación masculina que ya se han producido al perder el estado ocupacional y el papel de sustento de la familia. (Krueger, 1988).

Muerte inminente:

Al final del proceso de esta enfermedad, nos refiere Krueger que esas tensiones difíciles y crónicas actúan ante un ominoso y omnipresente fondo de muerte inminente. La defensa general de negación de la muerte sufre continuos asaltos en el paciente con insuficiencia renal. La necesidad de someterse a diálisis dos o tres veces por semana, de ingerir fármacos o de visitar al médico, recuerdan al paciente su condición crónica. Comparten experiencias, se intercambian información técnica y se apoyan mutuamente. Por tanto, la pérdida de un igual es como la de un camarada en el ejército. El estrés crónico de la incertidumbre y la muerte producen una hermandad única (Krueger, 1988).

Resiliencia

Estamos frente a un factor determinante en el desarrollo y crecimiento de las personas y por otro lado en una forma de afrontar el proceso de esta enfermedad, nos referimos a la resiliencia. El término resiliencia tiene su origen en el idioma latín, en el vocablo *resilio*, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. La incorporación de este concepto a las ciencias sociales y de la salud es relativamente reciente. Inicialmente, la resiliencia fue definida como la habilidad para desarrollar una adaptación exitosa en un individuo expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes. En forma adicional, la resiliencia implica también la habilidad de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores (D'Alessio, 2009).

Este concepto en su definición ha sido entendido de diferentes formas (Vanistendael 1994, citado por Kotliarenko, Cáceres, Álvarez, 1996), distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; y por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a las circunstancias difíciles.

La Resiliencia la relacionamos con términos tales como los de vulnerabilidad, riesgo y mecanismos protectores, entre otros. Michael y Rutter ha caracterizado a la resiliencia como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana viviendo en un medio insano (Kotliarenko et.al., 1996)

La resiliencia es el resultado de la interacción entre el niño y su ambiente. Es importante destacar que la conducta Resiliente no es estable en el tiempo, ni tampoco lo es a través de los contextos sociales y culturales (Kotliarenco et.al., 1996)

Cabe destacar que esta habilidad y fortaleza, según los autores, que el concepto de resiliencia se sustenta en la comprensión de las diferencias individuales que existen entre las personas, como también, en el cómo dichas diferencias entran en interacciones igualmente distintas, dependiendo de diversos factores. Por ejemplo, la edad del individuo, el nivel de desarrollo del sistema nervioso, el género, los rasgos genéticos, el contexto ambiental y cultural; en el cual estos componentes se manifiestan. Las conductas resultantes van a depender también de la etapa de maduración en la que esté la persona. (Kotliarenco et.al., 1996)

Consideramos también al igual que los autores mencionados, la resiliencia como una capacidad humana y universal que está presente en las distintas comunidades, razas y culturas, que también existen rasgos y características particulares de acuerdo a los diferentes contextos en que se manifiestan y que promover la resiliencia apunta a mejorar la calidad de vida de las personas a partir de sus propios significados, del modo cómo ellos perciben y enfrentan al mundo (Kotliarenco et.al., 1996).

Por otro lado, como lo refiere D Alessio las ciencias sociales utilizaron el concepto de resiliencia para caracterizar a aquellas personas que a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanas y exitosas. Posteriormente, la resiliencia fue definida como la habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. En la literatura contemporánea, se denomina resiliencia a la habilidad individual para prosperar ante el desafío de una experiencia estresante y/o traumática. Las ciencias de la salud han incorporado el término para referirse a la contrapartida biológica y psicopatológica de la resiliencia, y para describir una serie de procesos complejos que intervienen en la puesta en funcionamiento de los mecanismos biológicos responsables de la resiliencia de un individuo (D`Alessio, 2009)

Otro aspecto importante es aquella relacionada a la Salud Mental, según D Alessio la psicopatología define como resiliencia emocional al conjunto de los rasgos de la personalidad y de los mecanismos cognitivos desarrollados por un individuo que le confieren protección ante situaciones adversas, impidiendo el desarrollo de un trastorno

mental. De esta manera, la resiliencia se considera un proceso dinámico de desarrollo que permite una adaptación positiva, para lograr un funcionamiento competente frente a un trauma y/o estrés severo y prolongado (D'Alessio, 2009).

Desde el punto de vista de la biología y de la neurociencia, el cerebro es el órgano ejecutor central del sistema biológico responsable de la resiliencia y el encargado de regular los mecanismos neurobiológicos, cognitivos y psicológicos del individuo vinculados con la respuesta al estrés y la resiliencia (D'Alessio, 2009).

Este autor nos manifiesta que en el desarrollo de la vida, toda persona debe enfrentarse a situaciones desagradables, adversas, terribles como la muerte de un ser querido, el maltrato físico o psicológico, una enfermedad, un accidente grave de tráfico. La capacidad del ser humano para afrontar experiencias traumáticas e incluso extraer un beneficio de las mismas, no ha recibido la atención que se merece por la psicología tradicional, que se centraba en los aspectos negativos y en la psicopatología de las vivencias de pérdida, estrés o trauma y que son situaciones muy característicos de nuestra sociedad. Pero en los últimos años está surgiendo una corriente que huye de esta victimización, para reformular las experiencias negativas como oportunidades de cambio y crecimiento hacia la adaptación y superación. Esta corriente es la Psicología Positiva, que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano (Vera, 2008, citado por Caruana A., et al., 2010).

El concepto relacionado a la resiliencia dado por Grotberg, nos refiere que “es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias adversas” (Grotberg, 2001, p. 20, citado por Oblitas, 2010). El término, que proviene de la Física, se aplica a la elasticidad de un material, que puede resistir un choque o el impacto de un objeto contundente. La traducción de la expresión inglesa corresponde a “entereza”, que significa la fortaleza o resistencia para salir airoso ante los eventos que nos golpean. Cabe resaltar que la resiliencia en el plano de la psicología se muestra en un término mucho más amplio en su abordaje y desarrollo como el manifestado por Walsh, donde utiliza el concepto para identificar los procesos y hechos que permiten a los individuos y familias soportar los desafíos y estados persistentes de estrés con éxito. “Se trata de la capacidad potencial de un ser humano de salir herido pero fortalecido de una experiencia aniquiladora” (Walsh, 1998, p. 14, citado por Oblitas, 2010). Este enfoque se

funda en la convicción de que el crecimiento del individuo y la familia puede alcanzarse a través de la colaboración en la adversidad” (Walsh, 1998, p. 12 citado por Oblitas, 2010).

Oblitas nos precisa que el concepto de resiliencia fue descubierto por Werner en 1993, durante un estudio epidemiológico realizado en la isla de Kauai (Hawái), donde siguió por años el desarrollo de unas 500 personas sometidas a condiciones de extrema pobreza. A pesar de las situaciones de alto riesgo a las que estaban expuestos muchos niños, observo que algunos lograban sobreponerse al infortunio y construirse como personas sanas y con buena calidad de vida (Oblitas, 2010).

Al comienzo considero a esos niños como “invulnerables”, portadores de condiciones genéticas especiales. Posteriormente descubrió que en todos los casos habían gozado en su desarrollo del apoyo irrestricto de un adulto significativo (padres, tío, abuelo u otro pariente o amigo) que los defendió y fue una fuente de fortaleza en las dificultades. Desde entonces surgió una primera generación de investigadores orientados a descubrir los factores protectores que están en la base de la adaptación positiva de los niños en condiciones de adversidad. (Oblitas, 2010).

En la actualidad se han conformado una segunda generación de investigadores que han expandido el tema de la resiliencia a diferentes campos, buscando modelos que posibiliten la implementación de programas sociales eficaces (Infante 2001, citado por Oblitas, 2010).

Chok Hiew y colaboradores (citado por Oblitas, 2010) descubrieron que las personas resilientes enfrentaban a los estresores y a las adversidades de forma tal que reducían la intensidad del estrés y lograban el decrecimiento de los signos emocionales negativos, tales como la ansiedad, la depresión y la ira, a la vez que aumentaban la salud emocional. Las conclusiones que extrajeron es que la resiliencia promueve la salud mental y emocional, además de ser un buen modulador del distres.

Características de la resiliencia.

Según Masten y Reed, 2005, citado por Caruana, et al., (2010) adaptarse en un contexto de adversidad significa, simplemente, obtener buenos resultados en circunstancias adversas. Pero, ¿qué se entiende por “buenos resultados”? En casos de infantes y adolescentes, entre los criterios para valorar su adecuado desarrollo se consideran:

- La presencia de logros académicos y sociales.
- La presencia de conductas propias de las personas de su misma edad.
- La felicidad y satisfacción en la vida.
- La ausencia de conductas indeseables: criminalidad, conductas de riesgo, estrés y malestar emocional, enfermedad mental.

En definitiva, se trata de aquellos aspectos que una determinada cultura o sociedad, en un contexto histórico concreto, espera del comportamiento de los infantes en diferentes edades o periodos de su desarrollo. Los niños y niñas resilientes se las arreglan para satisfacer esas expectativas incluso ante la presencia de obstáculos importantes. No se trata, por tanto, de obtener resultados “excelentes”, sino de alcanzar los niveles de “normalidad”, pero superando y enfrentando numerosos y/o importantes obstáculos (Caruana et al., 2010).

Este autor se pregunta ¿De qué tipo de obstáculos estamos hablando? Y hacen alusión a factores de riesgo bien establecidos como son: el nacimiento prematuro, divorcio de los padres, maltrato, maternidad en adolescentes “no casadas”, psicopatología o enfermedad de los padres, pobreza, vivir sin hogar (“sin techo”), guerras o desastres naturales (Caruana, et al., 2010)

Modelo Teórico de Wagnild y Young

Este modelo sustentada por Wagnild y Young, definen la resiliencia como “un rasgo de la personalidad duradero que consta de cinco componentes interrelacionados. Estos componentes incluyen la ecuanimidad, la perseverancia, la autoconfianza, la satisfacción personal y el estar bien consigo mismo” (Wagnild y Young, citado por Cabrera y Lappin, 2016, pp. 34).

Además también nos refieren que es una característica positiva de la personalidad, la cual permite resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas. Se le puede entenderse como la capacidad de una persona, que a pesar de las condiciones de vida adversas y a frustraciones que atraviesa, pueden superarlas y salir de ellas fortalecidos e incluso transformados (Wagnild y Young, citado por Cabrera y Lappin, 2016).

Niveles de Resiliencia

Resiliencia alta. Referida a las características comunes de las personas con óptima capacidad de resiliencia, emplean buenas estrategias de convivencia, son asertivos, y controlan sus impulsos. Son sociables, flexibles, evidencian un fuerte control interno frente a los problemas, son autónomos y visualizan positivamente el futuro. De la misma manera, poseen la capacidad de automotivarse, manteniendo la confianza en sí mismos (Cabrera y Lappin, 2016)

Resiliencia moderada. Los factores ambientales influyen para ayudar a la persona a mejorar su capacidad resiliente. El entorno formula expectativas positivas y mantiene firme las decisiones de la persona en situaciones dificultosas (Cabrera y Lappin, 2016).

Resiliencia baja. No acepta la realidad tal como es, presenta sentimientos de inferioridad y una perjudicial visión del futuro, carece de optimismo, se muestra vulnerable y se niega la posibilidad de afrontar la situación por la que experimenta. (Cabrera y Lappin, 2016).

El cerebro como órgano central en la respuesta al estrés

Consideramos que la resiliencia tiene una base fisiológica que es el cerebro, D'Alessio considera que el cerebro es el órgano central en la elaboración y la ejecución de la respuesta al estrés, y por lo tanto, el responsable de la puesta en marcha y del control regulatorio de los mecanismos de resiliencia. Dichos mecanismos, que describiremos en detalle en el próximo capítulo, se disparan en respuesta a los cambios inducidos por el estrés (D'Alessio, 2009).

Nos refiere que el cerebro permite al organismo percibir un conjunto de estímulos internos y externos, además de responder *a posteriori* a los distintos tipos de estímulos estresantes (ambientales y biológicos), determinando tanto respuestas fisiológicas como conductas complejas propias del ser humano. Nos refiere que el cerebro se encarga de implementar todas las funciones vitales (cardiovasculares, hormonales, metabólicas, inmunológicas, etc.) y se autorregula al inducir, por su propio funcionamiento, cambios en la plasticidad cerebral (mecanismo neurobiológico del aprendizaje) (D'Alessio, 2009).

Todas estas respuestas comandadas por el cerebro (alostasis) tienen la función adaptativa de mantener el equilibrio dinámico. Sin embargo, ante la exposición crónica y frecuente a diferentes estresores, es decir, ante situaciones de sobrecarga alostática, en individuos susceptibles se produciría una disregulación de las respuestas centrales,

favoreciendo una hiperactivación de los mediadores del estrés, con repercusiones neurobiológicas, neuroplásticas, cognitivas y conductuales (D'Alessio, 2009).

Refiere que un individuo responde al estrés y está condicionada por las experiencias tempranas infantiles determinada por factores genéticos, constitucionales y ambientales (epigenéticos). Es las investigaciones experimentales desarrolladas en animales de laboratorio han demostrado que las experiencias vitales de las primeras etapas del desarrollo postnatal son condicionantes positivos significativos en la regulación de respuestas conductuales, emocionales, biológicas y hormonales al estrés. Se ha observado, por ejemplo, que las situaciones de alto cuidado materno favorecen el desarrollo de un mayor umbral de excitabilidad en la respuesta al estrés en el animal adulto, con menores niveles de hormonas de estrés (cortisol y adrenalina) potencialmente dañinas para el organismo (D'Alessio, 2009).

Cambios estructurales del tejido nervioso

Existen factores importantes como los relacionados a los cambios plásticos estructurales y funcionales propios del cerebro sano, como lo manifiesta este autor, permiten la adaptación frente al estrés, posibilitando la recuperación de las funciones afectadas, lo que implica resiliencia (plasticidad adaptativa). La recuperación de la neurogénesis en el giro dentado junto con la remodelación dendrítica hipo campal constituyen los principales cambios estos cambios estructurales se ven alterados durante el estrés prolongado, lo que afectaría negativamente la resiliencia neuronal. Estructurales que han sido vinculados a funciones de resiliencia (D'Alessio, 2009).

Personajes Resilientes

Es necesario conocer como muchas personas importantes en nuestra historia, han desarrollado estos factores resilientes y tenemos: personajes reales conocidos (como Viktor Frankl, padre de la psicología humanista; María Callas, famosa cantante de ópera; Ludwig van Beethoven, el compositor; el escritor Primo Levi o el neurólogo y uno de los padres de la resiliencia, Boris Cyrulnik), personajes bíblicos (Job y su paciencia), personajes cercanos (tal vez algún familiar o nosotros mismos), personajes de cuentos tradicionales (el Patito Feo, la Cenicienta...), incluso personajes literarios (Huckleberry Finn). El más reciente es Harry Potter, un chico que ve como matan a sus padres a manos

de aquél que no se puede nombrar y tiene que vivir con unos tíos y un primo que le hacen la vida imposible (Forés y Grané, 2008).

Factores protectores

Otro aspecto a considerar, es el relacionado al factor protector, que alude a las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo. Sin embargo, esto no significa en absoluto que ellos tengan que constituir experiencias positivas o benéficas, con respecto a las que difieren en tres aspectos cruciales (Rutter, 1985, citado por Kotliarenco et.al., 1997).

Un factor protector puede no constituir un suceso agradable, como se ha hecho evidente en varios estudios sobre experiencias tempranas de estrés en animales, y su asociación a la resistencia a experiencias posteriores del mismo tipo. En ciertas circunstancias, por lo tanto, los eventos displacenteros y potencialmente peligrosos pueden fortalecer a los individuos frente a eventos similares. Por supuesto, en otras circunstancias puede darse el efecto contrario; es decir que, los eventos estresantes actúen como factores de riesgo, sensibilizando frente a futuras experiencias de estrés (Kotliarenco et.al., 1997).

Los factores protectores incluyen un componente de interacción. Las experiencias positivas actúan en general de manera directa, predisponiendo a un resultado adaptativo. Cabe resaltar que estos factores protectores, por su parte, manifiestan sus efectos ante la presencia posterior de algún estresor, modificando la respuesta del sujeto en un sentido comparativamente más adaptativo que el esperable. Este proceso ha sido observado, por ejemplo, en el efecto que han tenido varios programas preventivos de preparación de los niños y sus familias para enfrentar los eventos de hospitalización de los primeros, disminuyendo significativamente las tasas de perturbación emocional en el hospital (Wolkind & Rutter, 1985; citado por Kotliarenco et.al. 1997).

Factores que promueven la resiliencia

La resiliencia no es un factor estático, por el contrario es dinámico y esto nos demuestran los estudios realizados por Werner y Garnezy, que han dado cuenta de algunos de los factores que se observan comúnmente en los niños, estando expuestos a situaciones adversas, se comportan en forma resiliente. De acuerdo a estos autores, se distinguen cuatro aspectos que se repiten en forma recurrente, siendo éstos últimos los que ayudan a promover los comportamientos resilientes (Kotliarenco et.al. 1997).

Uno de estos aspectos, apunta a las características del temperamento, en las cuales se observan manifestaciones tales como un adecuado nivel de actividad, capacidad reflexiva y responsividad frente a otras personas. Otro aspecto es la capacidad intelectual y la forma en que ésta se utiliza (Kotliarenco et.al. 1997).

Como último aspecto, el tercero, se refiere a la naturaleza de la familia, respecto de atributos tales como su cohesión, la ternura y preocupación por el bienestar de los niños. El cuarto aspecto, apunta a la disponibilidad de fuentes de apoyo externo, tales como contar con un profesor, un padre/ madre sustituta, o bien, instituciones tales como la escuela, agencias sociales o la iglesia, entre otros. (Kotliarenco et.al. 1997).

De la teoría a la acción: posibilidades para programas de intervención

La discusión en relación a los posibles aportes del concepto de resiliencia, debe basarse en los avances teórico-prácticos encontrados hasta la fecha en diversos planos.

Según Hall, 1992 (citado por Kotliarenco et.al. 1997) algunos de los factores que llevan a plantear la posibilidad de retroalimentar las acciones educativas, a partir de la acumulación de conocimientos que se producen en el ámbito de la resiliencia son:

- Una lectura de los mecanismos que han actuado como moderadores y/o protectores, frente a las situaciones que conlleva frecuentemente la pobreza.
- La importancia de la detección temprana de posibles desórdenes permanentes en los niños, como por ejemplo los daños cerebrales. Estos desórdenes, al ser detectados y/o evaluados tempranamente, pueden ser prevenidos o aminorados, permitiendo a los niños y a sus familias una mejor calidad de vida
- La importancia de la detección temprana de los factores estresantes o de riesgo, para así reducir sus efectos en el desarrollo de los niños.
- El hecho de realizar tempranamente las intervenciones, produce un mayor y mejor impacto
- La importancia de incorporar a la familia en el trabajo con los hijos, en tanto esto constituye una instancia mediadora.
- El cambio que han sufrido los servicios de atención pediátrica, en el sentido de trabajar con una actitud pasiva, en la cual se esperaba la llegada de los padres a la consulta para, a partir de allí, implementar la intervención. La propuesta actual se orienta a realizar una acción activa o promotora de la detección temprana de los factores que estarían impidiendo un desarrollo integral normal, para así prevenir

posibles alteraciones y desórdenes y no esperar la llegada de la enfermedad a la consulta.

La American Psychological Association (2016) nos refieren que existen diez formas de construir la resiliencia:

1. *Establezca relaciones*: Es importante establecer buenas relaciones con familiares cercanos, amistades y otras personas importantes en su vida. Aceptar ayuda y apoyo de personas que lo quieren y escuchan, fortalece la resiliencia. Algunas personas encuentran que estar activo en grupos de la comunidad, organizaciones basadas en la fe, y otros grupos locales les proveen sostén social y les ayudan a tener esperanza. Ayudar a otros que le necesitan también puede ser de beneficio para usted.
2. *Evite ver las crisis como obstáculos insuperables*: Usted no puede evitar que ocurran eventos que producen mucha tensión, pero sí puede cambiar la manera como los interpreta y reacciona ante ellos. Trate de mirar más allá del presente y piense que en el futuro las cosas mejorarán. Observe si hay alguna forma sutil en que se sienta mejor, mientras se enfrenta a las situaciones difíciles.
3. *Acepte que el cambio es parte de la vida*: Es posible que como resultado de una situación adversa no le sea posible alcanzar ciertas metas. Aceptar las circunstancias que no puede cambiar le puede ayudar a enfocarse en las circunstancias que sí puede alterar.
4. *Muévase hacia sus metas*: Desarrolle algunas metas realistas. Haga algo regularmente que le permita moverse hacia sus metas, aunque le parezca que es un logro pequeño. En vez de enfocarse en tareas que parecen que no puede lograr, pregúntese acerca de las cosas que puede lograr hoy y que le ayudan a caminar en la dirección hacia la cual quiere ir.
5. *Lleve a cabo acciones decisivas*: En situaciones adversas, actúe de la mejor manera que pueda. Llevar a cabo acciones decisivas es mejor que ignorar los problemas y las tensiones, y desear que desaparezcan.
6. *Busque oportunidades para descubrirse a sí mismo*: Muchas veces como resultado de su lucha contra la adversidad, las personas pueden aprender algo sobre sí mismas y sentir que han crecido de alguna forma a nivel personal. Muchas personas que han experimentado tragedias y situaciones difíciles, han expresado tener mejoría en el manejo de sus relaciones personales, un incremento en la fuerza

- personal aun cuando se sienten vulnerables, la sensación de que su autoestima ha mejorado, una espiritualidad más desarrollada y una mayor apreciación de la vida.
7. *Cultive una visión positiva de sí mismo:* Desarrollar la confianza en su capacidad para resolver problemas y confiar en sus instintos, ayuda a construir la resiliencia.
 8. *Mantenga las cosas en perspectiva:* Aun cuando se enfrente a eventos muy dolorosos, trate de considerar la situación que le causa tensión en un contexto más amplio, y mantenga una perspectiva a largo plazo. Evite agrandar el evento fuera de su proporción.
 9. *Nunca pierda la esperanza:* Una visión optimista le permite esperar que ocurran cosas buenas en su vida. Trate de visualizar lo que quiere en vez de preocuparse por lo que teme.
 10. *Cuide de sí mismo:* Preste atención a sus necesidades y deseos. Interésese en actividades que disfrute y encuentre relajantes. Ejercítese regularmente. Cuidar de sí mismo le ayuda a mantener su mente y cuerpo listos para enfrentarse a situaciones que requieren resiliencia.

Psicología Positiva. La ciencia de la felicidad

Dentro de las corrientes humanistas, la Psicología Positiva busca promover el cambio desde una Psicología centrada en la preocupación por reparar el daño (enfoque hegemónico tras la II Guerra Mundial) hasta otra centrada en desarrollar las cualidades positivas, las fortalezas de las personas y la prevención de la enfermedad mental (Seligman, 2005, citado por Caruana, et al., 2010).

En esta nueva corriente creada por Seligman, tiene entre sus concepciones básicas, el estudio del bienestar psicológico, haciendo énfasis en los aspectos internos del ser humano como son su fortalezas y capacidades. Es de considerar lo que nos dice Caruana referido al campo de acción de la Psicología Positiva donde diferencia varios planos: el plano de las experiencias subjetivas positivas, que aborda temas como el bienestar subjetivo, la satisfacción vital, la fluidez, el optimismo y la esperanza. Asimismo se ocupa del desarrollo de rasgos individuales positivos: Capacidad de amar, coraje, habilidades interpersonales, la sensibilidad estética, la perseverancia, el perdón y la compasión, la originalidad, la visión de futuro, el talento (sobredotación) y la sabiduría.

El plano grupal busca el conocimiento y desarrollo de las virtudes cívicas que llevan a las personas a ser mejores ciudadanos: La responsabilidad, la protección, el

cuidado, el amparo, el altruismo, el civismo, la moderación, la tolerancia, el trabajo ético (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000, citado por Caruana, et al., 2010).

Es así como una de las conclusiones del enfoque de esta corriente nos enfatiza en que la psicología debe ocuparse de construir competencias, no de corregir deficiencias, siendo su objetivo final hacer más felices a las personas, comprendiendo y construyendo emociones positivas gratificaciones y significado, y con ese fin se busca complementar lo que ya se sabe sobre tratar enfermedades y reparar el daño con conocimientos para implementar el bienestar individual y de las comunidades (Seligman, Parks y Steen, 2004, citado por Caruana, et al., 2010).

El concepto científico de felicidad

Dentro de la concepción básica de esta corriente tenemos los constructos teóricos relacionados al bienestar subjetivo como componente esencial de la Psicología Positiva, la forma en que la ciencia (Seligman, 2007; Diener y Biswas-Diener, 2008; Lyubomirsky, 2008; Myers, 2010, citado por Caruana, et al., 2010) han resuelto el tema de la multiplicidad de ideas y concepciones sobre la felicidad como para poder abordarlo científicamente fue considerarla como “bienestar subjetivo”, un estado subjetivo definido por cada individuo, con dos componentes:

El componente emocional. La felicidad incluye emociones positivas -en su sentido más amplio y flexible-, y agradables, como la alegría y la gratitud. Ello no implica la ausencia de emociones negativas. La felicidad es posible con una cierta dosis de sentimientos negativos, lo importante es que predominen las emociones positivas (Caruana, et al., 2010); y el **componente cognitivo**, cuando nos sentimos felices consideramos que nuestra vida va bien. Las personas tendemos a evaluar nuestras vidas (juzgando cómo nos va) y a este componente le llamamos “satisfacción vital o con la vida”: incluye una evaluación de cómo nos va en general y qué áreas de nuestra vida entran en dicha evaluación. (Caruana, et al., 2010).

Así, cada persona puede considerar su grado general de satisfacción vital o el grado de satisfacción en ciertas áreas (salud, trabajo, relaciones interpersonales, amistades, matrimonio, dinero, uno mismo, etc.). Es de considerar que científicos han acuñado el concepto de “flourishing” (florecer, prosperar, crecer) para referirse a las evaluaciones

positivas que se realizan sobre estos importantes aspectos de la vida (Caruana, et al., 2010).

Concepto y origen de la psicología positiva

Como antecedentes teóricos de esta corriente, consideramos las apreciaciones teóricas de importantes filósofos como Aristóteles donde nos dan concepciones relacionadas a la felicidad, otros teóricos como Abraham Maslow y Carl Rogers como referentes de la Psicología Humanista y que aportaron considerablemente a la conformación de esta corriente psicológica y posteriormente con Martín Seligman como el que impulsó la creación de este nuevo enfoque psicológico.

Haremos referencia a Caruana sobre la apreciación del abordaje teórico, donde nos manifiesta que la Psicología Positiva trata de temas fundamentales como el bienestar emocional, las emociones positivas, la felicidad y el *fluir* (estados óptimos de conciencia), poniendo un énfasis especial en los aspectos positivos del funcionamiento humano.

Son aspectos de la Psicología Positiva la fijación de objetivos vitales, la inteligencia emocional, el manejo de las relaciones de pareja, el desarrollo del contacto social y la amistad, la optimización de las relaciones familiares, el empleo constructivo del tiempo libre, y por supuesto, los pensamientos positivos hacia nosotros mismos que armonizan nuestro ser global (Bisquerra, 2009, citado por Caruana A., et al., 2010).

Haciendo una recopilación de la historia de este enfoque humanístico, el origen de la Psicología Positiva se sitúa en la conferencia que Martin Seligman dio en 1999 como presidente de la Asociación Americana de Psicología (APA), aunque es en el año 2000, en un artículo de Seligman y Csikszentmihalyi en el *American Psychologist* donde aparece por primera vez en el título la expresión *Positive Psychology*, por lo que se puede considerar ese artículo como el “acta de nacimiento” de lo que se conoce como Psicología Positiva (Bisquerra, 2009, citado por Caruana, et al., (2010).

A partir del año 2000 reconocidas revistas especializadas han dedicado números monográficos a la Psicología Positiva. En 2006 aparece la primera revista especializada en este tema, *The Journal of Positive Psychology*.

Y también en ese año la revista oficial del Colegio de Psicólogos de España, *Papeles del psicólogo*, dedica un número monográfico a la Psicología Positiva.

Psicología positiva y salud mental, emociones positivas, emociones negativas

Como uno de los fines y objetivos de la Psicología Positiva, está el de tener una buena calidad de vida y buscar un equilibrio en nuestras emociones conllevando a un bienestar emocional, de esta forma prevenimos la aparición de trastornos mentales y psicopatologías, así como desarrollar competencias emocionales que preparen para la vida. Caruana nos refiere que la Psicología Positiva tiene un papel clave en la promoción de la salud mental, mediante la prevención de conductas que producen psicopatologías y la promoción del bienestar psicológico y emocional. Desde la Psicología Positiva se pone en evidencia lo limitado de un modelo centrado en el tratamiento de la enfermedad, y se pretende desarrollar un modelo centrado en la promoción salud, tanto física como mental. Así por ejemplo, los trastornos depresivos parecen estar deficientemente explicados por la presencia de emociones negativas en los sujetos que los padecen. La depresión no es sólo presencia de emociones negativas, sino ausencia de emociones positivas. Así pues, cualquier psicoterapia o intervención educativa debería incluir la estimulación de emociones positivas como alegría, ilusión, humor, amor, esperanza (Caruana, et al., (2010).

Lo característico de las corrientes clásicas en la psicología es el de abordar el problema de la salud mental desde el punto de vista de las afectaciones que generan malestar subjetivo y en otros aspectos un daño emocional conllevando a establecerse trastornos de personalidad o psicopatologías alrededor del psiquismo humano.

Autores como Fernández – Abascal nos afirman que se han estudiado con mayor frecuencia y más relevancia las emociones negativas (y sus relaciones con trastornos de salud) que las positivas. Las reacciones emocionales que más se han estudiado hasta ahora en relación con la salud han sido la ansiedad, la ira y la tristeza (Fernández-Abascal, 1999, citado por Caruana, et al., (2010), pero afortunadamente en 10 años, se ha abierto un campo inmenso para la investigación y el desarrollo de las emociones positivas, y de su influencia positiva sobre la salud. Considerando que la salud es algo más que la ausencia de enfermedad y que las emociones positivas son algo más que la ausencia de emociones negativas, es posible plantear la utilidad de las emociones positivas para prevenir enfermedades, para reducir su intensidad y duración y también para alcanzar niveles elevados de bienestar subjetivo (Lyubomirsky, King y Diener 2005, citado por Caruana, et al., 2010).

Aunque hablamos de emociones positivas y negativas, la mayoría de autores están de acuerdo en que las emociones están en un eje que va del placer al displacer. Esto supone asignar una valencia a las emociones en función del lugar que ocupan en ese eje. Las emociones negativas se experimentan ante acontecimientos que son valorados como una amenaza, una pérdida, una meta que se bloquea, dificultades que surgen en la vida cotidiana, etc., por tanto son emociones que nos desagradan. Las emociones positivas, en cambio, se experimentan ante acontecimientos que son valorados como un progreso hacia los objetivos personales, asegurar la supervivencia y el bienestar. Las emociones positivas se experimentan cuando se logra una meta, cuando se percibe algún progreso o mejora. Estas emociones son agradables y proporcionan disfrute y bienestar. Conviene tener presente que hablar de emociones positivas y negativas, no es hablar de emociones buenas o malas. Todas las emociones son legítimas y hay que aceptarlas. La “maldad” -si existe- sólo es atribuible al comportamiento subsecuente a la emoción, no a la emoción en sí. (Caruana, et al., 2010)

Bienestar subjetivo

Otros alcances relacionados al Bienestar Subjetivo, los tenemos cuando Guillermo Díaz nos dan una recopilación de la implicancia del bienestar subjetivo en los distintas interacciones que la persona realiza en su contexto social como a continuación les hacemos referencia.

La idea del bienestar subjetivo o felicidad intriga ha pensadores a través de milenios, sin embargo, su investigación sistemática, data solo de unas 3 décadas. Puede definirse como la evaluación que las personas hacen de sus vidas, que incluyen una dimensión cognitiva (que se refiere a la satisfacción con la vida en su totalidad o por áreas específicas como la matrimonial, laboral, etc.), y otra afectiva (relacionada con la frecuencia e intensidad de emociones positivas y negativas), (Diener, 1998, citado por Díaz, 2001) estas dimensiones que mediante una compleja interacción generan en el individuo percepciones que abarcan un espectro de vivencias que transita desde la agonía hasta el éxtasis. Se dice que un sujeto posee un alto bienestar subjetivo si expresa satisfacción con su vida y frecuentes emociones positivas, y sólo infrecuentemente, emociones negativas. Si por el contrario, el individuo expresa insatisfacción con su vida y experimenta pocas emociones positivas y frecuentes negativas, su bienestar subjetivo se considera bajo.

Haciendo una breve reseña, Alarcón también nos refiere que el Bienestar subjetivo a experimentado un desarrollo sobresaliente a partir de mediados de los años noventa. En estos estudios se utilizan prácticamente como sinónimos «bienestar subjetivo», «satisfacción en la vida» y «felicidad». Se puede establecer una distinción entre juicios cognitivos sobre el bienestar y la experiencia del bienestar emocional (Diener y Larsen, 1993, citado por Alarcón, 2009).

Cuando los investigadores hablan de la experiencia del bienestar emocional se refieren a los estados emocionales de los sujetos y adoptan una perspectiva objetiva en el sentido de referirse a las emociones que definen el bienestar. Las emociones que experimenta una persona en un momento dado son las que proporcionan la sensación de mayor o menor bienestar. En este sentido, la experiencia del bienestar emocional, satisfacción en la vida o felicidad implica sentir afecto preponderantemente agradable, más que desagradable, a lo largo de un periodo de tiempo así como el bienestar subjetivo, la satisfacción en la vida y la felicidad son objeto de investigación científica y en los últimos años su estudio ha experimentado un florecimiento notable. Entre otras cuestiones, hay aceptación en la utilización de instrumentos de medida basados en las respuestas de los sujetos y en que el desarrollo de competencias emocionales constituye un factor clave para favorecer el bienestar subjetivo, la satisfacción en la vida y la felicidad. Este artículo presenta una propuesta de actividades que pueden resultar efectivas para la adquisición de competencias de vida y bienestar (Alarcón, 2009)

En el ámbito de la Psicología, fue Warner Wilson quien en 1967 introdujo el concepto de felicidad como un tema importante de estudio, al realizar una investigación titulada “Correlatos declarados de la felicidad”. Sin embargo fue en el año de 1974 cuando por vez primera se utilizó el término Bienestar Subjetivo de forma oficial como un tema de estudio, pues la revista Social Indicators Research contempló una gran cantidad de artículos, desde entonces y durante 14 años se ha logrado un progreso considerable en cuanto a definir, medir y generar conocimientos en torno al constructo (Alarcón, 2009)

La determinación macrosocial del bienestar subjetivo

El bienestar subjetivo, muchas veces condicionado y llevado a través de las interacciones que las personas tienen con su entorno, nos lleva a poder determinar una interacción dinámica y dialéctica entre el sujeto y su medio.

Díaz nos refiere que el tratamiento científico de cualquier hecho social no puede prescindir del estudio del factor económico, dada su condición de determinante, en última instancia, en cualquier formación económico social (Marx, Engels, 1979, citado por Díaz, 2001). Un indicador que se deriva directamente del desarrollo económico es, por ejemplo, el de los ingresos y, en lo que a este se refiere, las investigaciones realizadas hasta ahora muestran resultados poco esperados. En primer lugar, los reportes del bienestar subjetivo son más altos en los países ricos, mientras que los cambios en los ingresos, ya sea al nivel individual, como en el macrosocial, tanto en sentido negativo como positivo, parecen tener poca influencia en dichos reportes (Diener, 1997, citado por Díaz, 2001). Estudios realizados en Japón, Estados Unidos y Francia revelan que a pesar del incremento en el ingreso experimentado por dichos países en los últimos 20 años, los reportes de bienestar subjetivo se han mantenido inalterables. Por otra parte, en la población norteamericana dichos reportes fueron estables en personas que habían incrementado sus ingresos y en personas que por el contrario, los habían disminuido (Diener, 1995, citado por Díaz, 2001). En tal sentido, las investigaciones realizadas en ganadores de la lotería, al mostrar solo un incremento temporal de bienestar subjetivo relativamente corto (aproximadamente 3 semanas), brinda un importante soporte, según sus autores, a la hipótesis acerca de la poca correlación entre los ingresos y el bienestar subjetivo de las personas (Diener, 1998, citado por Díaz, 2001).

De acuerdo con Diener (citado por Díaz, 2001), las naciones individualistas ofrecen muy altos reportes de bienestar subjetivo en general. También sus tasas de divorcio y suicidio resultan particularmente altas. Parece ser, según estos autores, que en dichas naciones, las atribuciones acerca de los eventos que le ocurren a los individuos, tienen un carácter interno, es decir, atribuyen a sí mismos los resultados de sus acciones, de manera que los efectos de los acontecimientos se amplifican, tanto si son negativos como positivos. Este resultado podría ser explicado además por el insuficiente apoyo social que durante los períodos difíciles se aprecia en este tipo de cultura. En resumen, según estos hallazgos, en los países individualistas, el mayor número de los sujetos reporta niveles más cercanos a ambos extremos de la curva. Por su parte, en los países colectivistas, al darle prioridad al grupo, generalmente existe una estructura social más segura que probablemente produzca, tanto, una menor cantidad de personas muy felices, como menos sentimientos de depresión y soledad; luego, los valores tenderán a agruparse hacia el centro de la curva. Mediante estos razonamientos los autores pretenden explicar la coexistencia de tasas que expresan aparente contradicción. Sin embargo, a pesar de que

estos factores pueden tener cierto peso en la explicación, queda claro que no pasan de ser especulaciones a partir de los resultados encontrados. Mucho más convincentes podrían resultar otros diseños que permitiesen la identificación de todas las variables que intervienen, así como la explicación dinámica de su entramado de relaciones (Díaz, 2001)

La determinación microsocial del bienestar subjetivo

Otro aspecto importante en la interacción del sujeto y su medio está determinado por los conocimientos que en la actualidad se tienen con relación al papel del micromedio, para Guillermo Díaz es el contexto más cercano y significativo donde el sujeto se interrelaciona y fluctúa en la determinación del bienestar subjetivo se limitan al reconocimiento de una serie de variables que inhiben relaciones de significación estadística con dicho constructo. Una de las variables que con más consistencia predicen el bienestar subjetivo en este nivel, según dichos estudios, es el status marital. Las personas casadas o unidas consensualmente de ambos sexos reportan mayores niveles de felicidad que aquellas que nunca han estado casadas o unidas, las divorciadas, las viudas o las separadas. (Lee Gr. et al 1991, citado por Díaz, 2001). Resulta obvio que la vida en pareja, cuando está provista de una adecuada comunicación, provee a los miembros de interacciones sociales significativas y de un nivel de apoyo material, emocional, económico, instrumental o de información, que generalmente modula positivamente su relación con el medio (Ridder, 1996, citado por Díaz, 2001).

Por otra parte, los efectos deletéreos de las relaciones matrimoniales conflictivas no sólo se evidencian en los reportes de bienestar subjetivo de los miembros de la pareja, sino en los de los niños provenientes de dichos hogares. Algunos autores han hallado diferencias significativas en cuanto a los niveles de satisfacción con la vida reportados por personas que fueron educadas en hogares con conflictos y los que crecieron en familias con relaciones adecuadas (Gohm, 1997, citado por Díaz, 2001). La constatación en diversas culturas de inferiores niveles de satisfacción con la vida en adultos que provienen de hogares problemáticos, comparados con los que muestran los que se educaron sin este tipo de dificultades, contribuyó al desarrollo de hipótesis concernientes a la posible relación entre el funcionamiento familiar y el bienestar subjetivo. Las posibilidades que ofrezca el micromedio para la satisfacción de las necesidades de las personas, es otra de las variables relevantes en su estudio. Según Canton (citado por Díaz, 2001), los éxitos

académicos y la intimidad constituyen poderosos satisfactores en estudiantes universitarios. La participación social, por su parte, resulta un fuerte predictor de bienestar entre las personas jubiladas, mientras que la satisfacción con el trabajo lo es entre los que se encuentran en edad laboral. En estos resultados se pone de manifiesto el importante papel que juegan en los reportes de bienestar de los sujetos, las instituciones que se enmarcan en el micromedio del individuo como puede ser la familia, la escuela, los centros laborales y aquellas que agrupan a algunos ciudadanos como las logias, los círculos de abuelos, por mencionar solo algunas. La variable apoyo social adquiere su mayor relevancia en este nivel de determinación. El papel de la pareja, la familia, los grupos de referencia y pertenencia del sujeto, generalmente constituyen poderosas fuentes de apoyo emocional, informativo e instrumental para las personas (Ridder, 1996, citado por Díaz, 2001). Investigaciones realizadas en la Facultad de Salud Pública dan cuenta de la importancia de esta variable en los reportes de satisfacción de los individuos en diversos municipios del país, al constituir su ausencia, un factor de riesgo de insatisfacción en el grupo de mujeres de edad mediana (Díaz, Alonso, Bayarre, 2000, citado por Díaz, 2001)

El nivel de determinación individual del bienestar subjetivo

Los datos empíricos de que se dispone en la actualidad con relación a la poca capacidad explicativa que tienen las variables demográficas en los reportes de bienestar de los individuos, han conducido a 577 que los científicos dedicados al estudio del bienestar subjetivo, centren su atención en los procesos de adaptación, y por ende, en los mecanismos personológicos encargados de su regulación. En apoyo a los estudios que relacionan la personalidad con el bienestar subjetivo están los resultados que muestran estabilidad en los reportes, con independencia de la cantidad y calidad de los eventos vitales experimentados (Emmons, 1998, citado por Díaz, 2001).

Los investigadores dedicados a investigar sobre el bienestar subjetivo parten de la premisa de la determinación biológica de los rasgos de personalidad, de ahí que una buena parte de los estudios se refieran al temperamento. Este, en su condición de componente de la personalidad con una mayor carga genética, tiene un poderoso efecto en el bienestar subjetivo. Estudios llevados a efecto en la adultez con gemelos monocigóticos separados al nacer, comparados con dicigóticos criados juntos, han revelado la fuerte base genética que poseen los afectos positivos y negativos. Posterior apoyo a estos datos se ha encontrado en estudios que obtuvieron medidas de reactividad emocional en niños de edad temprana,

como fuertes predictoras de posteriores respuestas de miedo. (Kagan, et al 1992, citado por Díaz, 2001).

Importantes diferencias en cuanto a la reactividad emocional han sido observadas en niños de 2 días de nacidos. Kagan y otros identificaron 2 grupos de niños, uno con estilos de evitación de eventos nuevos (niños inhibidos), y otro con un estilo dirigido al enfrentamiento a dichos eventos (niños desinhibidos) (Kagan, et al 1992, citado por Díaz, 2001).

Esos datos han dado lugar a hipótesis que relacionan esos estilos emocionales con la diferencial excitabilidad de la amígdala y sus proyecciones en el sistema motor, el cíngulo, el córtex frontal, el hipotálamo y el sistema nervioso autónomo (Kagan, et al 1992, citado por Díaz, 2001). Así, factores genéticos pueden conducir a diferencias en la reactividad de los centros emocionales del cerebro, los cuales predisponen a las personas a experimentar diferentes grados de emociones placenteras y displacenteras. Obviamente este enfoque imprime un carácter fatalista en cuanto a la determinación del bienestar subjetivo, al conceder una importancia de segundo orden al medio social en que se desenvuelve el sujeto. Ello podría ser el resultado de los sesgos metodológicos ya señalados. En cuanto a los vínculos personalidad/bienestar subjetivo, los investigadores han examinado la relación de este constructo con 137 rasgos, 17 entre los cuales, la mayor atención teórica se ha concedido a la extraversión y el neuroticismo.

En general, los estudios han mostrado una relación de significación entre la extraversión y los afectos positivos; por otra parte, el neuroticismo se relaciona con los afectos negativos. Muchos de los estudios que se han interesado por la relación personalidad-bienestar subjetivo, han asumido los supuestos teóricos de Eysenck, que considera que la personalidad puede ser resumida en 3 dimensiones fundamentales: extraversión, neuroticismo y psicoticismo (Eysenck 1968, citado por Díaz, 2001). Los individuos que obtienen altos puntajes en extraversión se caracterizan por ser sociables, asertivos, vivaces y propensos a la búsqueda de sensaciones; los que poseen altos niveles de neuroticismo, son ansiosos, deprimidos, emocionales y con baja autoestima; mientras que los puntajes altos en psicoticismo evidencian agresividad, conducta antisocial, egocentrismo y creatividad.

Para Eysenck los rasgos de extraversión e introversión tienen su base en las diferencias en cuanto a la excitación. Los 578 extravertidos son individuos crónicamente subexcitados, mientras que los introvertidos se caracterizan por la constante sobreexcitación. El óptimo grado de excitación para ambos individuos es

aproximadamente igual, y la conducta persigue la compensación, de modo que los extravertidos buscan situaciones excitantes para incrementar su excitación, mientras que los introvertidos las evitan para inhibirla (Eysenck 1968, citado por Díaz, 2001).

Sin embargo, la relación personalidad bienestar subjetivo no puede ser examinada abstrayendo subsistemas de la primera, como es el caso de la extraversión y la introversión, para establecer sus relaciones con el constructo en estudio. Ello contradice los principios básicos de la Teoría General de Sistemas, que postula la comprensión del todo, y nunca el estudio de una variable o subsistema de forma aislada, por carecer de relevancia su papel fuera del sistema a que pertenece. (Martínez, 1997, citado por Díaz, 2001). Luego, el bienestar reportado por el sujeto no está solamente determinado por la posesión de determinado rasgo, sino por el resultado de las complejas relaciones que se dan al nivel personológico como un todo, en cuya base interactúa un considerable número de variables.

La felicidad como bienestar subjetivo.

Consideramos que el término felicidad la define Alarcón de una manera muy sintáctica y completa definiéndola como bienestar subjetivo, y que trata de una evaluación subjetiva que cada cual hace su propia vida como una totalidad o de alguna de sus facetas: trabajo matrimonio, vida de relación, rasgos de su personalidad en incluso auto valorización física. El bienestar subjetivo está integrado por cierto número de componentes separables, distinguido: satisfacción con la vida juicio global de su vida, satisfacción con importantes dominios satisfacción con el trabajo, matrimonio, afectos positivos experiencias emocionales muy agradables, y afectos negativos de bajo nivel experiencias emocionales poco placenteras (Alarcón, 2009).

El concepto focaliza su atención en evaluación que una persona hace de su vida como totalidad, o de algunos de sus dominios, según sus propias experiencias. Sin duda, las Experiencias que serán en el pasado, ofrecen una rica información de lo que es la felicidad, de suerte que quien haya tenido más experiencias positivas placenteras, que son los mejores aliados de la felicidad, sabrá más de lo que es la felicidad que aquellas personas que no han disfrutado semejantes eventos. Sin embargo, sufrir experiencias negativas, no traumáticas, le permitiría conocer el reverso de la medalla. (Alarcón, 2009).

Un antiguo refrán sostiene que más sabe el diablo por viejo que por diablo. Ciertamente, del pasado tenemos imágenes positivas y negativas que constituyen recuerdos que los podemos actualizar y vivirlos como presentes. La evaluación de la felicidad se toma en el presente, aquí y ahora, pero están impregnadas con impresiones del pasado y no es infrecuente que nos pregunten, prospectiva mente, acerca de cómo veremos el futuro. Las imágenes que tenemos del futuro son construcciones basadas en experiencias pasadas que proyectadas hacia delante se convierten en representaciones del futuro que pueden ser Negativas o positivas. Del pasado tenemos recuerdos, del futuro tenemos esperanzas. Podría inferirse que la felicidad posee una dimensión temporal: se es feliz cuando tenemos vivencias agradables de nuestro pasado, estamos satisfechos con lo que somos actualmente y tenemos esperanza positiva del futuro vale decir que consideramos que lo que viene será mejor. La felicidad se ha definido, a menudo por la presencia dominante de algún rasgo de personalidad. En efecto basándonos en la hipótesis que la felicidad es la ausencia de sentimientos negativos, como depresión de ansiedad, y guarda estrecha relación con efectos positivos (Alarcón, 2009).

Lo positivo de la adversidad

La psicología positiva considera que incluso los eventos negativos pueden fortalecer a las personas y brindarles perspectivas de crecimiento y bienestar. Esto contrasta con la visión tradicional psicológica que solo busca el déficit, el sufrimiento y el malestar como consecuencia de eventos traumáticos o negativos en la vida de los individuos. Dos ejemplos de la visión positiva de los sucesos adversos son las teorías que abordan la resiliencia y el crecimiento postraumático (Corral, 2012).

La visión positiva del bienestar

El concepto de bienestar psicológico (BP) constituye una aproximación positiva al estudio del bienestar en comparación con las orientaciones negativas que lo ven como *ausencia* de angustia emocional (ansiedad o síntomas depresivos) o de enfermedad mental. Podríamos concebir el bienestar psicológico como el equivalente positivo de “salud mental”, pero en este caso la “sanidad” de la mente no se concebiría como la ausencia de

“afecciones” psicológicas, sino como la *presencia* de un estado de realización, bienestar subjetivo, crecimiento y plenitud (Corral, 2012).

Según Ryff (1995) citado por Corral V. (2012), la evaluación del bienestar psicológico propio varía de acuerdo con la etapa de la vida; también difiere en función del género y es sensible a diferencias culturales. Las variaciones debidas a la edad dependen de los eventos y las tareas del desarrollo conforme pasa la vida; las variaciones también son influidas por la naturaleza de los eventos, de que tan típico es un evento en el grupo de referencia del individuo (es decir, si le sucede a muchos o a pocos de sus semejantes y conocidos) y si es algo esperado o inusual en su afectación a otra persona. Cuando hablamos de eventos nos referimos a cosas que les ocurren a las personas que pueden ser juzgadas y/o experimentadas como buenas, malas, intensas o insignificantes.

Hay muchos procesos psicológicos que ocurren cuando el individuo evalúa sus experiencias psicológicas: comparaciones sociales, la evaluación de personas importantes para él o ella, las atribuciones al porqué de los eventos y la centralidad psicológica o importancia atribuida al evento. De hecho, estos procesos son capaces de modificar la sensación de bienestar, por lo que los revisaremos con cierto detenimiento más adelante en el capítulo. Lo que es importante recalcar aquí es que todo esto hace, entonces, que la sensación y la evaluación del bienestar psicológico sea experimentada de maneras diferentes por los individuos (Corral, 2012).

Satisfacción con la Vida

Este aspecto es considerado como un componente del bienestar subjetivo. Esta actitud en relación al bienestar subjetivo, la consideran como el proceso de evaluación o juicio cognitivo de la propia vida y de los dominios de la misma a través de criterios que están en función de cada persona (Carrión, Molero & González, 2000; Pavot & Diener, 1993, citado por Mikkelsen, 2009).

La insatisfacción con la vida la podemos ver desde varios aspectos relacionados a sus relaciones interpersonales, sociales, familiares, laborales entre otros, en general, la mayor parte de los países, incluyendo el nuestro, los jóvenes reportan sentirse medianamente satisfechos con sus vidas (Alarcón, 2001; Cornejo, 2005; Martínez, 2004; Sánchez López & Aparicio, 2001, citados por Mikkelsen, 2009), consigo mismos, con los

amigos, con la familia y en menor medida con su situación económica (Diener & Diener, 1995, citado por Mikkelsen, 2009). Las áreas reportadas con alto grado de satisfacción son: la relación con la madre, con el ambiente de vida, con los amigos, y con las condiciones de vida (Chow, 2005, citado por Mikkelsen, 2009).

Diversos estudios nos demuestran sobre investigaciones realizadas dirigidas a ver las relaciones entre distintas variables como la edad, género, estado civil, condiciones socioeconómicas y distintas variables sociodemográficas en la satisfacción con la vida o bienestar (Diener, 1984, citado por Mikkelsen, 2009). Con respecto al género, la mayor parte de estudios no encuentra diferencias significativas entre la satisfacción con la vida entre hombres y mujeres (Alarcón, 2001, 2005; Castro Solano & Sánchez López, 2000; Casullo & Castro Solano, 2000; Cornejo, 2005; Cuadra & Florenzano, 2003; Diener & Diener, 1995; Ly, 2004; Martínez, 2004, citados por Mikkelsen, 2009).

En cuanto a la edad, existen estudios que no identifican diferencias significativas en la satisfacción con la vida según la edad de las personas (Alarcón, 2001; Casullo & Castro Solano, 2000; Cuadra & Florenzano, 2003; Benatuil, 2004, citados por Mikkelsen, 2009). No obstante, hay quienes reportan que las personas mayores son las menos satisfechas con sus vidas (Carrión et al., 2000, citados por Mikkelsen, 2009). Así como otros estudios encuentran que más bien son los jóvenes los menos satisfechos en comparación con grupos de mayor edad. De ahí que, la satisfacción vital varíe de acuerdo a la etapa de desarrollo (Martínez, 2004, citados por Mikkelsen, 2009).

Cabe resaltar que este autor nos afirma de la existencia de otra de las variables que estaría implicada en el bienestar o satisfacción con la vida es el nivel socioeconómico y dentro de él, el nivel de ingresos. Se dice que la satisfacción financiera o económica está fuertemente relacionada con la satisfacción con la vida en naciones más bien pobres, como es el caso de nuestro país. (Alarcón, 2002, citados por Mikkelsen, 2009). Las naciones con mayores ingresos, en las que las necesidades básicas se encuentran satisfechas, lo económico resulta menos relevante para estar satisfecho (Diener & Diener, 1995, citados por Mikkelsen, 2009).

En nuestro contexto, los sectores medio bajo y muy bajo, reportan además de insatisfacción global con sus vidas, insatisfacción en áreas como la familia, los amigos, la salud, la situación económica y consigo mismos, en contraposición al nivel alto y medio alto, quienes están relativamente satisfechos con sus vidas, con la familia, con los pares,

con la salud, con la situación económica y consigo mismos (Alarcón, 2005, citado por Mikkelsen, 2009).

Ahora bien, desde las variables internas, los rasgos de personalidad juegan un papel esencial en la satisfacción con la vida y por tanto en el bienestar subjetivo (Benatuil, 2004; Diener, Oishi & Lucas, 2003, citados por Mikkelsen, 2009). Los hallazgos dejan entrever que el autoconcepto físico y la autoestima estarían directamente relacionados con el bienestar psicológico en la adolescencia (Diener y Diener 1995, citado por Mikkelsen, 2009). En una muestra de estudiantes universitarios en treinta y un países hallaron correlaciones significativas entre la satisfacción con la vida y los niveles de autoestima.

Por su parte, Díaz Morales y Sánchez López (citados por Mikkelsen, 2009) establecen que los universitarios más satisfechos con la vida se orientan cognitivamente a fuentes externas, se basan en la información tangible y tienen apertura a nuevos esquemas. Por el contrario, los menos satisfechos están más orientados a fuentes internas y se caracterizan por ser más intuitivos. Con respecto a la actitud frente a la vida, hallan que el estar satisfecho está asociado con la tendencia a mirar la vida de una manera positiva a pesar de las dificultades y con el mostrar una actitud activa frente a ella. Contrariamente el estar menos satisfecho se relaciona con la pasividad y el pesimismo frente al presente y futuro.

Otra investigación realizada por Cornejo 2005, (citado por Mikkelsen, 2009) encuentra que los jóvenes presentan un nivel promedio de satisfacción con la vida, que los más satisfechos tienden a no recurrir a la comparación con los demás y que en la medida que identifiquen las similitudes con las personas que se ubican en mejores circunstancias el bienestar se incrementará.

Hipótesis

H1 “A niveles bajos de resiliencia, menor percepción de satisfacción con la vida en pacientes diagnosticados con una insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento en el servicio de nefrología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo CASE de EsSalud Arequipa”.

H2 “A niveles mayores de resiliencia, mayor percepción de satisfacción con la vida en pacientes diagnosticados con una insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento en el

servicio de nefrología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo CASE de
EsSalud Arequipa



Capítulo II: Diseño Metodológico



Tipo y Diseño de Investigación

El diseño de la investigación es de tipo Descriptivo - Correlacional ya que describe la relación entre dos o más variables sin tratar en lo absoluto de atribuir a una variable el efecto observado en otra. Es una técnica descriptiva muy potente porque indica si dos variables tienen algo en común (Hernández, 2014)

Es de tipo Transversal por que los datos se recolectarán en un solo momento y en un tiempo único en donde se describirá las variables y se analizará la incidencia e interrelaciones en un momento dado (Hernández, 2014)

Técnicas e instrumentos

La técnica que se empleó en esta investigación fue la aplicación de cuestionarios y pruebas psicológicas.

Instrumentos

Escala de Resiliencia

Ficha técnica: Escala de Resiliencia fue creado por Wagnild y Young (1993) – Estados Unidos; y adaptado al Perú por Novella (2002). La prueba está conformada por 25 ítems. Su aplicación puede ser individual o colectiva con una duración de 25 a 30 minutos. Está dirigido para adolescentes y adultos. Tiene como objetivo evaluar las siguientes áreas: confianza en sí mismo, ecuanimidad, perseverancia, satisfacción personal y el sentirse bien solo.

Validez: La validez concurrente se demuestra por los altos índices de correlación de la Escala de Resiliencia con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia. Según el criterio de Kaiser, se corrobora su conformación de cinco factores (Novella, 2002; citado en Escudero, 2007).

Confiabilidad: Los estudios citados por Wagnild y Young (Escudero, 2007) dieron confiabilidades de .85 en una muestra de cuidadores de enfermos de Alzheimer; .86 y .85 en dos muestras de estudiantes femeninas graduadas: .90 en madres primerizas post parto; y .76 en residente de alojamientos públicos. Además con el método test-retest la confiabilidad fue evaluada por los autores en un estudio longitudinal en mujeres

embarazadas antes y después del parto, obteniéndose correlaciones de .67 a .84, las cuales son respetables. Finalmente, en la adaptación peruana se obtuvo una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de .89 (Novella, 2002; como se citó en Escudero, 2007).

Normas: Las puntuaciones totales de la escala oscilan entre 25 y 175, donde puntuaciones superiores a 145 indican un nivel Alto, puntuaciones entre 126 y 145 indican un nivel Moderado y puntajes de 125 o menos indican un nivel Bajo (Wagnild, 2009). Los puntajes directos transformados a percentiles se interpretan de la siguiente manera: alta (90-99), media alta (75-89), media (50-74), media baja (25-49), baja (24 a menos).

Escala de Satisfacción con la vida

La Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) fue construida por Diener et al. (1985) con el propósito de evaluar el índice global de la satisfacción con la vida de los individuos. La escala cuenta con 5 ítems y 7 opciones de respuesta que van desde *Totalmente de Acuerdo* hasta *Totalmente en Desacuerdo*. Cada uno de los 5 ítems de esta escala es de corte global, lo cual hace posible obtener un coeficiente de la satisfacción integral con la vida, permitiendo además que las personas evalúen cada sub-áreas de acuerdo a sus propios criterios (Pavot & Diener, 1993).

Validez y Confiabilidad

En cuanto a la validez, en primer lugar, Diener et al. (1985, Citado por Del Risco, 2007) sometieron la escala a un análisis factorial, a partir de lo cual encontraron un único factor que explicaba el 66% de la varianza. Esto indica que cada uno de los ítems responde a un único constructo, lo cual demuestra la validez de la escala.

De otro lado, dado que la satisfacción vital está en función a la discrepancia existente entre los estándares de vida deseados y los obtenidos, se esperaba que aquellos que vivieran bajo condiciones negativas, como prisioneros o estudiantes de países pobres, obtuvieran una baja calificación en la escala. Los estudios llevados a cabo por Diener et al. (1985, citado por Del Risco, 2007) confirmaron esto, lo cual demostró nuevamente la validez del instrumento.

Asimismo, en un esfuerzo por establecer la validez del SWLS como una medida de la satisfacción vital, ésta fue correlacionada con distintas medidas de la satisfacción con la

vida y bienestar subjetivo, encontrándose altos niveles de convergencia con cada una de ellas. Por ejemplo, en cuanto a las escalas de bienestar, se estudió la correlación entre la SWLS y la Escala de Fordyce, la Escala de Gurin y la Escala D-T, encontrando coeficientes de correlación mayores a 0.58 con cada una de ellas (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991, citado por Del Risco, 2007).

De la misma forma, en otra investigación conformada por un muestra de adultos mayores, se encontró un coeficiente de correlación de 0.80 entre la SWLS y otras medidas de la satisfacción con la vida, como el Índice – A de la satisfacción con la vida. Incluso, dentro del mismo estudio, se encontró una fuerte asociación entre la SWLS y los reporte diarios de satisfacción ($r_s = 0.65$), así como con los reportes de satisfacción realizados por los compañeros de los participantes ($r_s = 0.54$). Todos estos estudios dan cuenta de la validez de la SWLS (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991, citado por Del Risco, 2007).

De otro lado, en cuanto a los estudios de confiabilidad, Diener et al. (1985, citado por Del Risco, 2007) realizaron estudios de consistencia interna mediante el método de Alpha de Cronbach, encontrando un coeficiente de 0.87 que indicó la confiabilidad del instrumento. Asimismo, los autores realizaron estudios de estabilidad temporal a través del método test-retest con una diferencia de 2 meses entre ambas aplicaciones. El coeficiente de estabilidad obtenido fue de 0.82, lo cual refuerza la confiabilidad de la escala. Finalmente, Diener et al. (1985, citado por Del Risco, 2007) encontraron que la SWLS mostraba una validez discriminante con constructos relacionados, tales como la intensidad afectiva y las medidas del bienestar afectivo.

En el Perú, la prueba ha sido utilizada por Martínez (2004, citado por Del Risco, 2007), quien realizó un análisis por consistencia interna mediante el método de Alpha de Cronbach, encontrando un Alpha de 0.81, lo cual demuestra la confiabilidad de la prueba. Asimismo, realizó un análisis factorial, el cual arrojó un único factor que explicaba el 57.63% de la varianza. Esto encuentra relación con los resultados de estudios previamente mencionados.

Calificación de la SWLS

Para el presente estudio, con el fin de que los estudiantes puedan contestar de manera más sencilla y rápida la prueba, las opciones de respuesta de la escala original se redujeron de 7 a 5. Tomando como referencia las categorías de la prueba original se realizó la siguiente equivalencia: el puntaje mínimo es de 5 y el máximo es 25. Los criterios de corrección fueron los siguientes:

- De 5 a 9: la persona se encuentra muy insatisfecha
- De 10 a 14 corresponde a la categoría de insatisfacción.
- El puntaje 15 indica el punto neutral de la escala.
- De 16 a 20 corresponde a la categoría de satisfacción.
- De 21 a 25: la persona se encuentra muy satisfecho.

Población y Muestra

Población

La población estuvo constituida por todos los pacientes que asistieron al servicio de nefrología por consulta externa y aquellos que se encuentran hospitalizados durante los meses de enero a marzo del 2017 en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de la Red Asistencial de Arequipa, EsSalud.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 118 pacientes que aceptaron participar en la investigación diagnosticados con una insuficiencia renal crónica que recibieron tratamiento médico y que estuvieron distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 1

Pacientes con insuficiencia renal crónica según edad

Edad	N°	%
11 a 20 años	3	2,5
21 a 40 años	34	28,9
41 a 65 años	59	50,0
66 a más	22	18,6
Total	118	100.00

Tabla 2
Pacientes con insuficiencia renal crónica según género

Género	Nº	%
Masculino	61	51,7
Femenino	57	48,3
Total	118	100.00

Tabla 3
Pacientes con insuficiencia renal crónica según estado civil

Estado civil	Nº	%
Soltero	35	29,7
Casado	77	65,2
Divorciado	3	2,5
Conviviente	2	1,7
Viudo	1	0,9
Total	118	100.00

Los pacientes antes señalados pertenecen al servicio de nefrología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segura Escobedo CASE de la Red Asistencial de Salud EsSalud Arequipa.

Es una muestra no probabilística (Hernández, 2014) porque todas las unidades de estudio no tienen la misma probabilidad de ser elegidas dentro de la investigación, por la predisposición y estado emocional que presentan.

Estrategias en la recolección de datos

Se solicitó permiso a la Institución en donde se realizará la investigación, posteriormente se coordinó con el jefe del servicio de nefrología del Hospital CASE-EsSalud de Arequipa, programándose fechas y horarios dentro de hospital, luego se hicieron coordinaciones con el servicio de enfermería para el apoyo en la aplicación de las evaluaciones, posteriormente se pasó a entrevistar a los pacientes que asisten a su tratamiento médico, solicitándoles su participación en este estudio y nos den su consentimiento informado sobre la aceptación en participar en el estudio, luego se les informó sobre la confidencialidad del mismo. Luego se procedió a aplicar las dos pruebas en dependencia del estado emocional y predisposición del paciente.

Criterios para el procesamiento de la información

Para el procesamiento de los datos se utilizaron las medidas estadísticas descriptivas, los programas SPSS versión 21, la elaboración de la matriz de consistencia las mismas que se encuentran representadas en las diferentes tablas que se presentan a continuación.

Para determinar la correlación, se utilizó el coeficiente correlacional R de Pearson y poder determinar el nivel de relación existente en la muestra de estudio.



Capítulo III: Resultados

Resultados

Análisis de los resultados

Los resultados obtenidos se presentan a través de tablas con su análisis respecto en las medidas en frecuencias, la prueba estadística R de Pearson y el programa estadístico SPSS versión 21.

Tabla 4

Niveles de resiliencia en pacientes con insuficiencia renal crónica.

Niveles de Resiliencia	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	96	81,3%
Medio	22	18,7%
Alto	-	0,0%
Total	118	100,0%

Fuente: elaboración propia.

En este cuadro se puede observar que el 81.3% de pacientes con una insuficiencia renal crónica, presenta un nivel bajo de resiliencia, luego con un nivel medio o moderado de 18.7%, haciéndonos ver que en un porcentaje mayor presentan un nivel bajo en esta capacidad y fortaleza mostrándose como un predictor negativo en el proceso de su tratamiento a su enfermedad y presencia de un malestar subjetivo.

Tabla 5
Niveles de satisfacción con la vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

Niveles de Satisfacción con la vida	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecho	15	12,7%
Insatisfecho	80	67,8%
Neutro	5	4,2%
Satisfecho	18	15,3%
Muy satisfecho	-	
Total	118	100.,0%

Fuente: elaboración propia.

En esta tabla observamos que los pacientes presentan en un gran porcentaje insatisfacción vital, con un 67.8% (80 pacientes), es decir se muestran insatisfechos respecto a su esperanza de vida y la insatisfacción que muestran en estos momentos de su enfermedad y en un 12,7% se muestran muy insatisfechos respecto a esta variable haciendo en conjunto un 80.5% de pacientes con una insatisfacción global a la vida, mostrando por el contrario un 15.3% de pacientes con un estado de satisfacción a la vida.

Tabla 6
Niveles de resiliencia según género

Género		Niveles de Resiliencia		Total
		Bajo	Medio	
Masculino	F	52	9	61
	%	85,24 %	14.75 %	100,00 %
Femenino	F	44	13	57
	%	77,19 %	22,81 %	100,00 %

Fuente: elaboración propia.

Interpretación:

En la tabla 6 se observa que el género masculino tiene niveles de resiliencia bajo (85,24 %) y medio (14,75%). De igual forma el género femenino presenta niveles de resiliencia bajo (77,19 %) y medio (22,81 %). Ninguno de los géneros alcanzó un nivel de resiliencia alto.

Tabla 7
Niveles de satisfacción con la vida en relación al género

		Niveles de Satisfacción con la vida				Total
		<hr/>				
		Muy				
Género		insatisfecho	Insatisfecho	Neutro	Satisfecho	
Masculino	F	7	45	4	5	61
	%	11,48 %	73,77 %	6,56 %	8,20 %	100,00 %
Femenino	F	8	35	1	13	57
	%	14,04 %	61,40 %	1,75 %	22,81 %	100,00 %

Fuente: elaboración propia.

Interpretación:

En el género masculino, el mayor porcentaje está en el nivel insatisfecho con la vida (73,77 %) y el menor porcentaje está en el nivel neutro con un 6,56 %.

En el género femenino, el mayor porcentaje está en el nivel insatisfecho con la vida (61,40 %) y el menor porcentaje está en el nivel neutro con un 1,75 %.

Tabla 8
Niveles de resiliencia en relación al estado civil

		Niveles de Resiliencia		Total	
		Bajo	Medio		
Estado civil	Conviviente	F	2	0	2
		%	100,00 %	0,00 %	100,00 %
Divorciado	F	3	0	3	
	%	100,00 %	0,00 %	100,00 %	
Viudo	F	0	1	1	
	%	0,00 %	100,00 %	100,00 %	
Casado	F	59	18	77	
	%	76,62 %	23,38 %	100,00 %	
Soltero	F	27	8	35	
	%	77,14 %	22,86 %	100,00 %	

Fuente: elaboración propia.

Interpretación:

En la tabla 8, observamos que el 100,00 % de pacientes con estado civil conviviente y divorciado tiene un nivel bajo de resiliencia. Asimismo el 100,00 % de pacientes con estado civil viudo tiene un nivel medio de resiliencia. La mayoría de pacientes casados (76,62 %) y mayoría de solteros (77,14 %) tiene un nivel bajo de resiliencia.

Tabla 9
Niveles de Satisfacción con la Vida en relación al estado civil

		Niveles de Satisfacción con la vida				Total
		Muy				
Estado civil		insatisfecho	Insatisfecho	Neutro	Satisfecho	
Conviviente	F	0	2	0	0	2
	%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Divorciado	F	0	2	1	0	3
	%	0,0%	66,67 %	33,33%	0,0%	100,0%
Viudo	F	0	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	0,0%	100,00 %	100,0%
Casado	F	13	49	3	12	77
	%	16,89 %	63,63 %	3,89 %	15,58 %	100,0%
Soltero	F	2	27	1	5	35
	%	5,71 %	77,14 %	2,86 %	14,29 %	100,0%

Fuente: elaboración propia.

Interpretación:

La mayoría de pacientes con estado civil conviviente (100,00 %), divorciado (66,67 %), casado (63,63 %) y soltero (77,14 %) se muestran insatisfecho hacia la vida. Sólo el paciente viudo se encuentra satisfecho con la vida.

Tabla 10
Niveles de Resiliencia en relación al grado de instrucción

Grado de instrucción		Niveles de Resiliencia		Total
		Bajo	Medio	
Superior	F	40	7	47
	%	85,11 %	14,90 %	100 %
Técnico	F	5	1	6
	%	83,33 %	16,67 %	100 %
Secundaria	F	35	8	43
	%	81,40 %	18,60 %	100 %
Primaria	F	16	6	22
	%	72,72 %	27,27 %	100 %

Fuente: elaboración propia.

Interpretación:

La mayoría de pacientes con grado de instrucción Superior (85,11 %), Técnico (83,33 %), Secundaria (81,40 %), Primaria (72,72 %) tienen un nivel bajo de resiliencia. Es decir que el grado de instrucción no es importante para indicar niveles de resiliencia.

Tabla 11
Niveles de Satisfacción con la vida en relación al grado de instrucción

		Niveles de Satisfacción con la vida				Total
		Muy				
Grado de instrucción		insatisfecho	Insatisfecho	Neutro	Satisfecho	
Superior	F	5	34	2	6	47
	%	10,64 %	72,34 %	4,26 %	12,77 %	100,00 %
Técnico	F	1	2	2	1	6
	%	16,67 %	33,33 %	33,33 %	16,67 %	100,00 %
Secundaria	F	6	28	1	8	43
	%	13,95 %	65,12 %	2,33 %	18,60 %	100,00 %
Primaria	F	3	16	0	3	22
	%	13.64 %	72,72 %	0,00 %	13.64 %	100,00 %

Fuente: elaboración propia.

Interpretación:

La mayoría de pacientes con grado de instrucción Superior (72,34 %), Secundaria (65,12 %), Primaria (72,72 %) tienen un nivel insatisfecho hacia la vida. Es decir que el grado de instrucción no es importante para indicar niveles de satisfacción. Los pacientes con un grado de instrucción Técnico presentan un porcentaje igual (33,33 %) en los niveles de insatisfacción y neutro.

Tabla 12
Correlación entre las variables resiliencia y satisfacción con la vida

			Satisfacción con la vida			
			Muy insatisfecho	Insatisfecho	Neutro	Satisfecho
Resiliencia	Resiliencia de	Recuento	0	4	0	18
	nivel medio	% del total	0,0%	3,4%	0,0%	15,3%
	Resiliencia de	Recuento	20	71	5	0
	nivel bajo	% del total	16,9%	60,2%	4,2%	0,0%
Total		Recuento	15	80	5	18
		% del total	12,7%	67,8%	4,2%	15,3%

Al relacionar la información en base a las variables resiliencia y satisfacción con la vida se ha encontrado en los resultados como resaltantes un 60,2% de correlación significativa entre insatisfacción con la vida y un bajo nivel de resiliencia. Asimismo, se encontró un 16,9 % de correlación significativa entre muy insatisfecho con la vida y bajo nivel de resiliencia.

Prueba de hipótesis de intensidad de correlación R de Pearson entre las variables resiliencia y satisfacción con la vida.

		Resiliencia
Resiliencia	Correlación de Pearson	1
	Sig. (bilateral)	
	N	118
Satisfacción con la vida	Correlación de Pearson	0,825**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	118

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Interpretación:

De acuerdo a la tabla 12 se puede inferir que la correlación es de 0,825**, una correlación muy alta, inversa y significativa al 99% de confianza, es decir, a mayor resiliencia hay mayor satisfacción con la vida, y a menor resiliencia hay menor satisfacción con la vida en la población de estudio aceptándose de esta manera la hipótesis planteada.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito el de conocer la relación existente entre la resiliencia y satisfacción con la vida encontrándose una relación directa significativa entre estas variables y llegando a comprobar la hipótesis planteada: a niveles bajos de resiliencia mayor percepción de insatisfacción con la vida, en pacientes con enfermedades crónicas renales del hospital CASE de EsSalud de Arequipa.

Nuestros resultados demuestran la relación existente entre las variables resiliencia y satisfacción vital, donde nos permite afirmar que los pacientes que asisten a sus tratamientos médicos al servicio de nefrología en sus distintos procedimientos como la diálisis, hemodiálisis conllevan a que presenten estados emocionales como ansiedad, depresión y estrés frente a la enfermedad y que se encuentren limitados psicológicamente por no contar con mejores estrategias de afrontamiento a la enfermedad. De los 118 pacientes, el 81.3% presentan un nivel bajo de resiliencia, es decir no tienen la capacidad suficiente para poder enfrentar la situación adversa frente a las condiciones difíciles que conlleva la enfermedad.

Estos resultados nos confirman lo encontrado por Cabrera y Lappin (2016) en su investigación de tesis en donde concluye que el 59.4 % de su población de estudio obtienen un nivel bajo de resiliencia en pacientes de las mismas características de este estudio (insuficiencia renal crónica).

De la misma forma estudios de Pérez y Colman (2010, citados por Cabrera y Lappin, 2016) donde llegan a la conclusión que los pacientes con insuficiencia renal obtuvieron puntuaciones media baja de resiliencia y que las mujeres son menos resilientes, estos resultados de la misma manera que el anterior estudio, confirman los datos obtenidos en esta investigación.

Estos resultados hacen que lleguemos a inferir en que los niveles bajos de resiliencia tienen una mayor afectación física y psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica en áreas importantes de su vida como lo son el área laboral y familiar, son pacientes que por su enfermedad, les alteran el ritmo de vida, dejan de trabajar por que el esfuerzo ya no es el mismo que antes, alteran el orden y rutina familiar por los cuidados y preocupaciones que demanda la enfermedad.

La resiliencia es un mecanismo mediante el que tratamos de adaptarnos adecuadamente a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza, o elementos generadores de tensión, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud como las enfermedades crónicas renales. Así como también lo afirma Cortés (2010)

como una cualidad de las personas de resistir y rehacerse ante situaciones traumáticas o de pérdida, además de la capacidad de la persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, condiciones de vida difíciles y de traumas graves.

El pasar por esta enfermedad, no excluye a estas personas de padecer de los mismos pensamientos que llevan a presentar estados emocionales negativos y desadaptativos que no contribuyen al proceso de tratamiento frente a esta enfermedad.

Estos resultados nos remarcen la importancia de los factores resilientes en la estabilidad emocional de estos pacientes así como el de tener una mejor adherencia al curso y tratamiento de esta enfermedad, como lo afirma García y Juárez (2012), que la actitud resiliente beneficia en gran medida la vida de un paciente crónico no sólo porque le permite recuperarse del primer impacto que vive ante la noticia de su padecimiento sino que le ayuda a encausar dicha experiencia de manera productiva y le facilita la adaptación a su nueva condición de vida.

Esto nos hace ver que al desarrollar factores resilientes no solamente ayudará a afrontar la enfermedad de manera positiva, sino que conllevará a una mejor calidad de vida del paciente y de las demás personas que rodean o están alrededor de los pacientes con esta enfermedad crónica.

Los pacientes con una insuficiencia renal crónica en una fase avanzada manifiestan estados afectivos negativos como las que pudimos percibir al momento de las entrevistas y evaluaciones y otros pacientes que no participaron en el estudio por el estado emocional presente al momento de invitarlos a la evaluación, se pudo percibir estados afectivos negativos como la ansiedad y depresión.

En relación a la satisfacción con la vida en pacientes con esta enfermedad vemos que se obtiene un 67,8% como insatisfechos en relación a la vida y un 12,7% como muy insatisfechos haciendo un total global de 80.5% de pacientes que presentan una insatisfacción con la vida constituyéndose como un valor alto en relación a la esperanza de vida por esta enfermedad, aunado a otros estados emocionales negativos como la depresión que en muchas ocasiones no contribuyen con las pautas de tratamiento y en otras el deseo de querer desaparecer de esta vida.

Estos resultados nos confirman lo hallado por Valdivia (2014), donde se encontró que el 66.20% de su población presentaban ideación suicida en una muestra de pacientes con tratamiento a su enfermedad crónica renal del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, llegando a la conclusión de la existencia de una tasa elevada asociada a factores

epidemiológicos como la edad, instrucción y otras comorbilidades como el trabajo y familia.

De la misma forma Cabildo (2014), nos refiere que los pacientes con insuficiencia renal crónica, enfermedad que progresa hasta una etapa terminal y que en un paciente la percepción de la vida cambia drásticamente, la depresión llega a presentarse en un 30% y que un 20% llegan a presentar ideación suicida, nos refleja el deterioro emocional y físico del paciente.

La importancia de este estudio radica en el análisis de factores emocionales y resilientes que intervienen en el curso y tratamiento de pacientes con una enfermedad renal los mismos que tienen influencia en el pronóstico respecto a su adherencia y rehabilitación física y emocional y por los escasos estudios sobre la problemática psicosocial de este tipo de enfermos.

Al principio se presentan estados emocionales como la depresión, ansiedad y negación de la enfermedad para posteriormente presentar un deterioro físico que altera muchas de sus funciones habituales en relación a su área laboral, social, familiar entre otras. Estudios con este tipo de pacientes y que llegan a la conclusiones en torno a su salud mental como el realizado por Biviano y Julcahuanga (2014) nos mencionan que los problemas emocionales afectan el trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo donde los pacientes reconocen la existencia de problemas emocionales en las actividades cotidianas y/o laborales.

El objetivo de este estudio fue el de terminar la correlación de estas variables, llegando a comprobar la hipótesis planteada: a nivel bajo de resiliencia menor percepción de insatisfacción con la vida.

La resiliencia hace referencia a la capacidad de las personas a sobreponerse y salir fortalecido de una situación percibida como dañina y que una enfermedad crónica como las renales generan una situación que se torna amenazante a la salud y a la vida la misma que altera sus actividades y que se torna como estresora generando estados de ansiedad por la incertidumbre que genera la misma y por la amenaza a la vida, el tratamiento implica que los pacientes cursen y estén en estadios de esta enfermedad que se vislumbran como incómodas, molestas por el dolor que generan y las reacciones físicas que se presentan llegando a tener una percepción de la vida como insatisfechas y que a la fecha y lo posterior afectaran su calidad de vida.

CONCLUSIONES

Primera. Se ha encontrado una correlación estadísticamente significativa entre las variables. A nivel bajo de resiliencia menor percepción de satisfacción con la vida en pacientes que asisten a su tratamiento médico como la diálisis y hemodiálisis del servicio de nefrología del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo de EsSalud Arequipa

Segunda. La mayoría de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) presentan un nivel bajo de resiliencia y un nivel de insatisfacción vital baja.

Tercera. La mayoría de pacientes con IRC del género masculino y femenino muestran bajos niveles de resiliencia e insatisfacción ante la vida.

Cuarta. La mayoría de pacientes con IRC cuyo estado civil es casados, solteros, viudos y divorciados tienen un nivel bajo de resiliencia e insatisfacción con la vida.

Quinta. La mayoría de pacientes con IRC con grado de instrucción Superior, Técnico, Secundaria y Primaria presentan un nivel bajo de resiliencia, por lo que el grado de instrucción no es importante para indicar niveles de resiliencia.

Sexta. La mayoría de pacientes con IRC con grado de instrucción Superior, Secundaria y Primaria presentan insatisfacción ante la vida.

SUGERENCIAS

Primera. Se sugiere la necesidad de plantear y conformar un servicio de psicología de atención y abordaje emocional a estos pacientes que asisten a sus tratamientos clínicos del servicio de nefrología del Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo de EsSalud Arequipa.

Segunda. Se hace necesaria y necesidad de implementar programas de abordaje psicológico a estos pacientes con la finalidad de atender los estados emocionales negativos que presentan durante el curso y tratamiento de la insuficiencia crónica renal.

Tercera. Sugerimos también que para próximas investigaciones de este tipo se considere el tiempo de enfermedad en cada paciente con enfermedad crónica renal.



LIMITACIONES

Primera. Una de nuestra principal limitación fue la disponibilidad de los ambientes, ya que no contábamos con un ambiente específico para poder realizar nuestra investigación.

Segunda. El estado emocional de los pacientes también fue una de nuestras limitaciones, ya que mucho de los pacientes se encontraban decaídos, cansados o con poca disposición frente a las pruebas.

Tercera. La disponibilidad de tiempo de los pacientes, ya que muchos tenían que irse a ser otros chequeos y muchas veces el tiempo era un poco corto o limitado.



REFERENCIAS

- American Psychological Association (2016) *Diez formas de construir Resiliencia*. Recuperado de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/Resiliencia-camino.aspx#>
- Alarcon R. (2009) *Psicología de la felicidad*. Lima, Perú: Editorial Universitaria
- Biviano y Julcahuanga (2014). *Calidad de vida en usuarios sometidos a hemodiálisis, Centro de Dialisis Santa Ana Miraflores. Tesis optar el Título de Licenciado en Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener de Lima-Perú*. Recuperado de http://intranet.uwiener.edu.pe/univwiener/biblioteca/adquisiciones/nuevas_adquisiciones/tesis/TENF0144.pdf
- Cabildo S. (2014) *El enfoque paliativo en la insuficiencia renal crónica terminal*. México D.F. Amecyd A.C. Recuperado de: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/181%20El%20enfoque.pdf>
- Cabrera, S. K. y Lappin, G. D. (2016). *Resiliencia en pacientes con insuficiencia renal crónica que asisten a un hospital estatal de Chiclayo, 2015 (Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú)*. Recuperada de <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/689>
- Caruana A., Font de Mora A., Reig A. (2010) *Aplicaciones Educativas de la Psicología Positiva*. Alicante, España: Generalitat Valenciana
- Cassaretto M., Paredes R., (2006). *Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*. *Revista de Psicología PUCP* Vol. 24 N°1 P. 115. Recuperado de: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/viewFile/775/743>
- Cortés J. (2010) *La Resiliencia: una mirada desde la enfermería*. Chile. SciELO - Scientific Electronic Library Online. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300004

- Corral V. (2012) *Sustentabilidad y Psicología Positiva*. Sonora, México: Manual Moderno
- Díaz G. (2001) *El Bienestar Subjetivo: Actualidad y Perspectivas*. Rev. Cubana Medicina General. Vol. 17 (6): 572-9 Recuperado de:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_6_01/mgi11601.pdf
- D'Alessio L. (2009) *Mecanismos Neurobiológicos de la Resiliencia*. Buenos Aires, Editorial Polemos.
- Del Risco, P. (2007). *Soporte Social y Satisfacción con la Vida en un grupo de Adultos Mayores que asisten a un Programa para el Adulto Mayor*. Recuperado de
http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/399/DEL_RISCO_AIRALDI_PATRICIA_SOPORTE_SOCIAL_SATISFACCION.pdf.
- Forés A. y Grané J. (2008). *La Resiliencia Creciendo desde la Adversidad*. Barcelona: Plataforma Editorial
- García, J. y Juárez, A. (2012). *Beneficios de la actitud resiliencia en pacientes con padecimientos crónicos*. Recuperado de
<https://vision2020la.wordpress.com/2012/12/24/beneficios-de-la-actitud-resiliente-en-pacientes-con-padecimientos-cronicos>
- Hernández R. (2014) *Metodología de la Investigación*. México: Mcgraw-Hill.
- Herrera P, Pacheco J, Taype A. *La enfermedad renal crónica en el Perú. Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados*. Acta Med Peru. 2016;33(2):130-7. Recuperado de:
www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n2/a07v33n2.pdf.
- Ministerio de Salud (2014). *La enfermedad renal crónica en el Perú, epidemiología e impacto de la salud pública*. *Boletín Epidemiológico*, 23(03), 36-38. Recuperado de:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/03.pdf>
- Mikkelsen F. (2009). *Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en grupo de adolescentes universitarios de Lima*. Tesis pregrado. Recuperado de:
http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/416/MIKKE_LSEN_RAMELLA_FLOR_SATISFACCION_CON_LA_VIDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Moyano E., Ramos N., (2007) Bienestar Subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. Revista Universum N° 22
Vol. 2. Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-23762007000200012
- Oblitas L. (2010). Psicología de la Salud y Calidad de vida. Santa Fe, México: CENGAGE Learning
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, CR., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. Recuperado de
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1920028>
- Pavot, W., Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. Recuperado de
https://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Pavot-Diener_1993.pdf.
- Torres G., Bandera Y., Amaro I. (2017) Factores de Riesgo de enfermedad renal crónica en pacientes de municipio II Frente. Medisan Vol.21 N° 3 Santiago de Cuba.
Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000300004
- Kotliarenco M., Cáceres I., Álvarez C. (1996) Resiliencia, construyendo en adversidad. Santiago de Chile, Chile: Ceanim.
- Kotliarenco M., Cáceres I., Fontecilla M.(1997) Estado de Arte en Resiliencia. Santiago de Chile, Chile: Ceanim
- Krueger D. (1988) Psicología de la Rehabilitación: Enfermedad renal crónica. Barcelona, España: Herder.
- Suarez, N. (2001). *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós
- Valdivia, C. (2014). Factores asociados a ideación suicida en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2014 Trabajo de Investigación para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano en la Universidad católica de Santa María. Recuperado de
<https://core.ac.uk/download/pdf/54222253.pdf>



ANEXOS

ESCALA DE RESILENCIA

Wagnild y Young

Nombre y Apellido: Edad: Sexo:

Grado de Instrucción:

Instrucciones		Totalmente de acuerdo (7)	Muy de acuerdo (6)	De acuerdo (5)	Ni de acuerdo. Ni en desacuerdo (4)	En desacuerdo (3)	Muy en desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
A continuación se les presentará una serie de frases a las cuales usted responderá. No existen respuestas correctas ni incorrectas; estas tan solo nos permitirán conocer su opinión personal sobre sí mismo(a).								
1.	Cuando planeo algo lo realizo							
2.	Generalmente me las arreglo de una manera u otra							
3.	Dependo más de mí mismo(a) que de otras personas							
4.	Es importante para mí mantenerme interesado(a) en las cosas							
5.	Puedo estar solo(a) si tengo que hacerlo							
6.	Me siento orgulloso(a) de haber logrado cosas al mismo tiempo							
7.	Usualmente ver las cosas a largo plazo							
8.	Soy amigo(a) de mí mismo(a)							
9.	Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo							
10.	Soy decidido(a)							
11.	Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo							
12.	Tomo las cosas uno por uno							
13.	Puedo enfrentar las dificultades porque los he experimentado anteriormente							
14.	Tengo auto disciplina							
15.	Me mantengo interesado(a) en las cosas							
16.	Por lo general encuentro algo de que reírme							
17.	El creer en mí mismo(a) me permite atravesar tiempos difíciles.							
18.	En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar							
19.	Generalmente puedo ver una situación de varias maneras							
20.	Algunas veces me obligó a hacer cosas aunque no quiera							
21.	Mi vida tiene significado							
22.	No me lamento de las cosas por lo que no pudo hacer nada							
23.	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida							
24.	Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer							
25.	Acepto que hay personas a las que yo no les agrado							

Interpretación:

.....
.....

Escala de Satisfacción con la vida (SWLS)

A continuación encontrará afirmaciones con las cuales podrás estar de acuerdo o en desacuerdo, Indica el grado de acuerdo o desacuerdo marcando con un aspa la respuesta que consideres más apropiada. Las posibles respuestas están debajo de cada afirmación. Por favor, sé sincero y recuerda que este cuestionario es absolutamente anónimo.

1. En la mayoría de aspectos mi vida es cercana a mi ideal

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

2. Las condiciones de mi vida son excelentes

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

3. Estoy satisfecho con mi vida

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

4. Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que he deseado en la vida

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo no cambiaría casi nada

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo